مدى إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة: دراسة حالة

إعداد

أريج فيصل فايز الشريدة

المشرف

الأستاذ الدكتور سليمان خالد عبيدات

قدمت هذه الرسالة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في
إدارة الجودة

كلية الدراسات العليا
الجامعة الأردنية

أب، ٢٠٠٩

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة (مدى إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة: دراسة حالة) وأجيزت بتاريخ ٢٩ /٧ / ٢٠٠٩.

أعضاء لجنة المناقشـــــــــــة	التوقيـــــــــــــــع
الدكتور سليمان خالد عبيدات، مشرفاً أستاذ – إدارة الإنتاج والعمليات	....
الدكتور فتحي أحمد العاروري، عضواً أستاذ – إحصاء	....
الدكتور رفعت عودة الله الشناق، عضواً أستاذ مساعد – نظم معلومات إدارية	....
الدكتور فايز حمد الزعبي، عضواً أستاذ – إدارة أعمال (جامعة مؤتة)	....

الجامعة الأردنية

نمــوذج تفــويض

أنا أريج فيصل فايز البشريدة ، أفوض الجامعة الأردنية بتزويد نسخ مــن أطروحتي للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص عند طلبها.

التوقيع:

التاريخ: ١٠/٨/٢٠٠٩

شكر وتقدير

بعد أن من الله علي بإكمال هذه الرسالة، أتقدم بجزيل الشكر والإمتنان إلى الأستاذ الدكتور سليمان خالد عبيدات الذي وجهني وكان له الفضل الكبير في إتمام هذه الرسالة بصورتها الحالية.

كما أتقدم بالشكر للأساتذة أعضاء لجنة المناقشة لتفضلهم بقبول مناقشة الرسالة وتقويمها.

والشكر والتقدير الجزيل لكل من ساهم في دعم هذه الرسالة.

فهرس المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

مدى إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة: دراسة حالة

إعداد
أريج فيصل فايز الشريدة

المشرف
الأستاذ الدكتور سليمان خالد عبيدات

ملخــــــص

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري من خلال التعرف على مستوى المعرفة لدى العاملين بمبادئ إدارة الجودة الشاملة، وعلى اتجاهاتهم نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة. بالإضافة للكشف عن معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة، ومدى إسهام تطبيقها في حل المشكلات التنظيمية في المركز. وكذلك التعرف على أثر الفروق الديموغرافية على استجابات عينة الدراسة. وتقديم المقترحات والحلول التي تعالج مشكلات تطبيق إدارة الجودة الشاملة ومعوقاتها في المركز الوطني للسكري.

والمنهج الذي استخدم في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي التحليلي عن طريق عمل مسح شامل لمجتمع الدراسة بواسطة الإستبانة التى تم ببنائها لجمع المعلومات. ومن ثم تحليل البيانات المجمعة من خلال مجموعة الأساليب الإحصائية ضمن البرنامج الإحصائي (**SPSS**) مثل: إختبار مربع كاي وإختبار ANOVA والمتوسطات والتكرارت والنسب المئوية والإنحرفات المعيارية.

وقد خلصت الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها: أن مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين متوسط، ومعظم أفراد العينة يفضلون تطبيق إدارة الجودة الشاملة على مراحل وبشكل تدريجي على أن يتم تدريب العاملين نظرياً وعملياً على تطبيق إدارة الجودة الشاملة. كما تم الكشف عن أهم معوقات التطبيق، بالإضافة لذلك فأن معظم أفراد العينة يرون بأن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يسهم في حل المشاكل التنظيمية في المركز وقد شاركو بتقديم العديد من المقترحات تتمثل في مطالب تدريبية، وإدارية تنظيمية، وتحفيزية إجتماعية وتقنية. ومن أهم توصيات الدراسة

التركيز على جوانب تدريبية خاصة تتناسب والخصائص الديموغرافية لأفراد العينة، ووضع خطة واضحة لتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المركز بعد أن يتم معالجة معوقات تطبيقها. ودراسة كافة المتطلبات المقترحة من عينة الدراسة والتى يرى الباحث أنها ضرورية لنجاح تطبيق هذا المفهوم.

الفصل الأول: المقدمة

1-1. تمهيد

1-2. مشكلة الدراسة

1-3. أسئلة الدراسة

1-4. أهمية الدراسة

1-5. أهداف الدراسة

1-6. تصميم الدرراسة

1-7. نبذة عن المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة

1-1. التمهيد

أصبحت إدارة الجودة الشاملة محور اهتمام أساسي لكثير من المؤسسات سواء الحكومية منها أو الخاصة، كما أن معايير الأداء في هذه المؤسسات لم تعد قاصرة على مجرد تقديم الخدمة أو المنتج فقط بل تعدته إلى الحرص على جودة تلك الخدمات أو المنتجات التى تلبي مطالب المستفيدين.

ويواجه القطاع الصحي الحكومي في الأردن كغيره من القطاعات الصحية في دول العالم الأخرى ارتفاعاً في تكلفة تقديم الخدمات الصحية، وعدم القدرة على الاستمرار في تقديم خدمات ذات جودة عالية، وزيادة الطلب على مختلف أنواع الخدمات الطبية الحديثة وقد صاحب هذه الزيادة في الطلب زيادة أخرى في الإهتمام بتلبية احتياجات المستفيدين وتوقعاتهم، وزيادة الوعي لدى المستفيدين واهتمامهم المتزايد بجودة الخدمة المقدمة لهم. الأمر الذي يدعو إلى الحاجة الماسة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في ظل التطور الحديث. علاوة على ذلك؛ فإن أهمية إدارة الجودة الشاملة تكمن في أن القطاعات الصحية تختلف عن غيرها من القطاعات الأخرى من حيث قبول مستوى أقل من الأداء خاصة في المجال الإكلينيكي، والسبب في ذلك أن حدوث بعض الأخطاء في القطاعات الأخرى قد لايترتب عليه خطورة بدرجة الأخطاء الطبية.

ويُعدُّ أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات من المقومات الأساسية لنجاح أي مستشفى، ذلك لأنه يهدف إلى الإرتقاء بجودة الخدمات وتحسين الإداء من خلال التركيز على تحسين ظروف بيئة العمل، والتخلص من أية معوقات قد تؤثر على الأداء. بالاضافة الى أن إدارة الجودة الشاملة تعتبر دافعاً للمستشفى لتلبية احتياجات المستفيدين بدرجة عالية من الكفاءة والفاعلية. ولهذا النظام متطلبات يرتكز عليها وعلى كل مستشفى يريد تبني هذا النظام أن يعمل على توفير هذه المتطلبات وتطبيقها.

1-1. مشكلة الدراسة

تتمثل مشكلة الدراسة بافتقار القطاعات الصحية للدراسات المعمقة في مواضيع إدارة الجودة الشاملة. حيث تواجه هذه القطاعات العديد من التحديات والصعوبات في أداء أعمالها مما يجعلها تقف وقفة مراجعة لأنظمتها الادارية لمواجهة تلك التحديات وذلك من خلال تطبيق أساليب ادارية تحقق أهدافها بكفاءة وفاعلية عالية، وإدارة الجودة الشاملة من الاساليب الادارية التى ثبت نجاحها في كثير من دول العالم المتقدم.

والسؤال الأتى قد يسلط الضوء على مشكلة الدراسة :-

مدى إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة؟

2-1. أسئلة الدراسة

تنطلق هذه الدراسة من تساؤل رئيسي هو:

مدى إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري ؟

ويتفرع من هذا التساؤل عدة تساؤلات فرعية كما يلي:-

1. ما مستوى المعرفة بمبادىء إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز الوطني للسكري؟
2. ما هي اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري؟
3. ما معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري؟
4. ما مدى إسهام تطبيق إدارة الجودة الشاملة في حل المشكلات التنظيمية في المركز الوطني للسكري؟
5. ما أثر الفروق الديموغرافية على إجابات عينة الدراسة ؟
6. ما هي الاقتراحات والحلول المناسبة التى تعالج مشكلات تطبيق إدارة الجودة الشاملة ومعوقاتها في المركز الوطني للسكري؟

1-4. أهمية الدراسة

تُعدُّ إدارة الجودة الشاملة من المفاهيم الحديثة في حقل الإدارة التى تساعد في وضع الإجراءات الهادفة إلى تلبية احتياجات العميل وإشباع رغباته مع التحسين المستمر لهذه الإجراءات. كما تتأتى الأهمية العملية لهذه الدراسة من كونها تطبيقا على الواقع الاردني، حيث أن هذا المركز يعالج خمسة وثلاثون ألف مريضاً وهذا يمثل مانسبته ثلاثة عشر بالمئة من مجموع مرضى السكري في الاردن (المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة، 2008).

1-5. أهداف الدراسة

تتلخص أهداف الدراسة بمايلي:

1.التعرف على إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري.

2.التعرف على مستوى المعرفة بمبادىء إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين .

3.التعرف على اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري.

4.التعرف على معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري.

5. التعرف على مدى إسهام تطبيق إدارة الجودة الشاملة في حل المشكلات التنظيمية في المركز الوطني للسكري

6. التعرف على أثر الفروق الديموغرافية على استجابات عينة الدراسة.

7. التعرف على المقترحات والحلول التى تعالج مشكلات تطبيق إدارة الجودة الشاملة ومعوقاتها في المركز الوطني للسكري.

1-6. تصميم الدراسة

تتكون الدراسة من ستة فصول كالتالي:

الفصل الأول: مدخل الدراسة

يتناول هذا الفصل مقدمة عن موضوع البحث و يُبين أسباب طرّق هذا الموضوع من خلال مشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها. كما يستعرض نبذة عن المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة، ويتطرق لتصميم فصول الدراسة.

الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة

يشمل هذا الفصل الجانب النظري للدراسة من خلال توضيح مفهوم إدارة الجودة الشاملة ومبادئها وأهميتها وأهدافها وأهم روادها، كما يتضمن توضيحاً لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية وأدوات إدارة الجودة الشاملة وجوائز وشهادات الجودة، بالإضافة لبيان مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة ومعوقاتها وعلاقة الجودة بالتكاليف. كما يناقش هذا الفصل الدراسات السابقة التى تناولت موضوع الدراسة وما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة.

الفصل الثالث: منهجية الدراسة

يوضح هذا الفصل منهجية الدراسة من حيث تصميم الدراسة ومجتمع الدراسة وطريقة جمع البيانات والأساليب الإحصائية المستخدمة لتحليل البيانات الدراسة.

الفصل الرابع: تحليل ومناقشة النتائج

يتناول هذا الفصل التحليل الإحصائي للبيانات التى تم جمعها لغرض الدراسة من خلال تحليل المتوسطات والإنحرفات المعيارية وتحليل الفروقات في استجابة أفراد العينة ومناقشتها.

الفصل الحامس: الإستتاجات والتوصيات

يناقش الفصل الخامس الإستنتاجات من التحليل الإحصائي لهذه الدراسة، بالإضافة إلى تقديم مجموعة من التوصيات المبنية على النتائج المستخلصة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

المراجع والملاحق:

تمثل الجزء الأخير من الدراسة وتضم المراجع المستعان بها في كتابة الرسالة و الملحق الذي يتضمن أداة الدراسة (الإستبانة)، بالإضافة إلى الإستبانة الخاصة بتقيم المركز من وجهة نظر المراجعين، وملخص باللغة الإنجليزية.

7-1. نبذة عن المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة

أنشئ المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة عام 1996م وقدم خدماته من خلال موقعه في العيادات الخارجية لمستشفى الجامعة الأردنية، وانتقل الى مبناه الجديد عام 2005م وهو أحد المراكز التابعة للمجلس الأعلى للعلوم والتكنولوجيا، ويؤدي رسالة في مجال العلاج والتدريب والتأهيل والبحث في إطار مكافحة أمراض السكري والغدد الصم والوراثة (المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة ،2008).

أهداف المركز

1. تقديم الخدمة المتخصصة والمتكاملة لمرضى السكري والغدد الصم والوراثة بالتعاون مع القطاعات الصحة العامة والخاصة.

2. التعاون مع القطاعات الصحية والمهنية لرفع مستوى الرعاية الصحية لمرضى السكري والغدد الصم والوراثة.

3. إجراء البحوث والدراسات لتحديد مسببات المرض كما ورد ذكرها في نظام المركز، ومعالجتها، والتحري عن وسائل انتشارها في المملكة من أجل الحد من هذا الانتشار ومضاعفات المرض في إطار برنامج وطني لهذه الغاية.

4. التعاون مع المراكز والمعاهد المماثلة لتبادل المعلومات والتعرف إلى مشاريع البحوث والتطورات الجديدة في العالم العربي.

5. توثيق وإعداد قاعدة المعلومات الطبية من أبحاث ودراسات مختلفة.

6. تشجيع التعليم الطبي المستمر للإختصاصيين، والعاملين في هذا المجال للمحافظة على المستوى المهني المطلوب.

7. تشجيع تثقيف ذوي المريض والمجتمع صحياً، لتحديد الوسائل المناسبة للتعامل مع المريض.

وتشمل الخدمة الطبية في المركز الوطني للسكري عيادات من مختلف التخصصات الطبية بالاضافة لعيادات السكري ومنها عيادة القلب وعيادة الأعصاب وعيادة العيون وعيادة المسالك البولية وعيادة النسائية وعيادة القدم. بالإضافة لتقديم خدمة التصوير الإشعاعي وتخطيط الأعصاب.

الهيكل التنظمي للمركزالوطني للسكري والغدد الصم والوراثة:

- يشمل المركز على الأقسام التالية:

1.الدائرة الفنية وتشمل الكوادر الفنية كالأطباء من مختلف التخصصات والتمريض والأشعة.

2.الدائرة الإدارية وتشمل شؤون العاملين والعلاقات العامة والسجلات الطبية والخدمات المساندة.

3.الدائرة المالية وتشمل شعبة محاسبة المرضى وشعبة الإيردات وشعبة الرواتب وشعبة الموازنة والتخطيط .

4. دائرة الصيدلة وتشمل صيدلية المرضى الخارجيين ومستودع الأدوية .

5.المختبرات الطبية وتشمل مختبر السكري والغدد ومختبر الوراثة الخلوية ومختبر البيولوجيا الجزئية.

6. اللوازم العامة وتشمل شعبة المشتريات والمستودعات والعطاءات.

- أما بالنسبة للمسمى والوصف الوظيفي لم يكتمل بعد وهو قيد الإنشاء.

وقامت إدارة المركز بعمل تقييم لإداء المركز على ثلاث مراحل كما في الجدول رقم(1)

الجدول1:أعداد المشاركين في مراحل تقيم المركز

المرحلة	عدد المشاركين في الاستبيان	عدد المراجعين الكلي
نيسان، 2006	1100	7000
كانون الثاني، 2007	900	12000
أيّار، 2008	330	22000

المصدر: بيانات تقييم المركز

وكانت نتائج التقييم في المرحلة الأولى والثانية أفضل من المرحلة الثالثة كما يظهر من الجدول رقم (2)، مما يدعو إدارة المركز للوقوف على الأسباب التى أدت إلى انخفاض مستوى الخدمة في المرحلة الثالثة.

الجدول2: التوزيع التكراري والنسبي لمراحل تقيم المركز.

الخدمة	المرحلة الأولى و الثانية			المرحلة الثالثة		
	راضٍ جداً	لا بأس	غير راضٍ	راضٍ جداً	لا بأس	غير راضٍ
توفر الأدوية	%79.8	%18.3	% 1.9	%76.7	%21.9	%1.4
معاملة الأطباء	%88.1	%10.9	%1	%88	%11.7	%0.3
معاملة التمريض	%90.1	%9.2	%0.7	%85.6	%13.4	%1
معاملة المحاسبين	%89.9	%8.9	%1.2	%85.3	%13.3	%1.4
معاملة الاستقبال	%92.4	%6.7	%0.9	%84.2	%14.4	%1.3
معاملة الصيدلية	%85.2	%12.8	%1.9	%73.8	%20	%6.2
معاملة المختبر	%89	%9.3	%1.7	%87.9	%11.4	%0.7
نظافة المركز	%92.1	%7.2	%0.7	%84.9	%13	%2
اللوحات الإرشادية	%79.6	%18.5	%1.9	%74	%23.5	%2.4
موقف السيارات	%83.2	%14.5	%2.3	%55.4	%36.1	%8.6
نوعية الخدمات الطبية	%84.9	%14.5	%0.5	%81.5	%17.8	%0.7

المصدر: نتائج تحليل بيانات تقييم المركز

الفصل الثاني : الاطار النظري والدراسات السابقة

أولا: الإطار النظري

2-1. مفهوم إدارة الجودة الشاملة

2-2. مبادىء إدارة الجودة الشاملة

2-3. أهمية إدارة الجودة الشاملة

2-4. أهداف إدارة الجودة الشاملة

2-5. رواد الجودة

2-6. تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

2-7. جوائز وشهادات الجودة

2-8. مراحل تطبيق مراحل إدارة الجودة الشاملة

2-9. عقبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة

2-10. الجودة والتكاليف

2-11. أدوات إدراة الجودة الشاملة

2-12. الخلاصة

ثانياً : الدراسات السابقة

أولاً: الإطار النظري

1-2. مفهوم إدارة الجودة الشاملة

تعددت وتباينت التعريفات التى أوردها الكتّاب والمهتمون بموضوع إدارة الجودة الشاملة في وضع تعريف محدد لمعنى ومضمون إدارة الجودة الشاملة وأبعادها المختلفة. حيث أن كل باحث في الموضوع يركز على جوانب معينة يراها هامة جداً ومع ذلك يمكن أن يقال بأن هناك عوامل مشتركة ستبقى متفق عليها وتعطي مضموناً موحداً لإدارة الجودة الشاملة. وفيمايلي بعضاً من هذه التعاريفات.

عرف Dahlgaard, et al. (2007) إدارة الجودة الشاملة على أنها ثقافة مؤسسية تتسم برفع مستوى رضا العملاء من خلال التحسينات المستمرة، بوجود المشاركة النشطة لجميع العاملين في المؤسسة.

وعرفها Goetsch and Davis (2006) بأنها طريقة لأداء الأعمال تهدف الى زيادة القدرة التنافسية للمؤسسة من خلال التحسين المستمر لجودة منتجاتها وخدماتها والعاملين والعمليات والبيئة المحيطة.

أما تعريف وزارة الدفاع الأمريكية لإدارة الجودة الشاملة فقد ربط بين تعريف إدارة الجودة الشاملة وكيفية تحقيقها، وهو مجموعة المبادئ الإرشادية والفلسفية التى تمثل التحسين المستمر لأداء المنظمة من خلال استخدام الأساليب الإحصائية والمصادر البشرية لتحسين الخدمات وتلبية حاجات العميل في الوقت الحاضر وفي المستقبل. وفي إدارة الجودة الشاملة تتكامل الأساليب الإدارية وجهود التحسين المبذولة والوسائل التقنية في ظل نموذج نظامي لتحقيق التحسين المستمر (Goetsch and Davis , 2006).

وأشار Besterfield, et al. (2004) إلى إدارة الجودة الشاملة بأنها تعزيز للأسلوب التقليدي للقيام بالعمل بهدف ضمان البقاء والسيطرة في الأسواق التنافسية العالمية. ويتضمن تعبير إدارة الجودة الشاملة ثلاث كلمات أساسية هي :

الشاملة: تعني الكل والشمول.

الجودة : درجة التفوق والامتياز التى يقدمها المنتج أو الخدمة .

الإدارة : فعل، أو فن، أو أسلوب التعامل أوالتنظيم أوالتوجيه ...الخ وبذلك فإن إدارة الجودة الشاملة هي فن إدارة الكل للوصول إلى التفوق والإمتياز. وينظر إلى القاعدة الذهبية "عامل الناس مثلما تود

منهم أن يعاملوك " أنها طريقة سهلة، ولكنها فعّالة في شرح معنى الجودة الشاملة. وتعرف إدارة الجودة الشاملة بحسب بسترفيلد على أنها فلسفة ومجموعة المبادئ المرشدة التى تمثل الركائز الأساسية للتحسين المستمر للمؤسسة. كذلك هي تسخير الأساليب الكمية والموارد البشرية بهدف تحسين جميع العمليات في المنظمة وتجاوز احتياجات المستهلك الحالية والمستقبلية.

أما معهد ضمان الجودة في بريطانيا فقد عرف إدارة الجودة الشاملة عام 1989م بأنها: فلسفة لإدارة المؤسسة تعتبر أنه لا يوجد أي فصل بين حاجات الزبون وبين أهداف المؤسسة وهي قابلة للتطبيق في جميع القطاعات لأنها تضمن أعظم فاعلية ومردود للعمل وتحقق التمَيُّز وتمنع الأخطاء والهدر مع التطوير المستمر لأهداف المؤسسة (نياز، 2004)

ويمكن تعريف نظام إدارة الجودة الشاملة بأنه أسلوب للإدارة الحديثة يلتزم بتقديم" قيمه" لكل العملاء من خلال إيجاد بيئة يتم فيها تحسين وتطوير مستمر لمهارات الأفراد ولنظم العمل وصبغ كل جانب من جوانب المؤسسة ونشاطاتها بصبغة التفوق، إضافة إلى الالتزام بمبادئ نظام الجودة الشاملة، التى تتمثل في إرضاء العميل ودعم العمل الجماعي واستخدام الوسائل الإحصائية البسيطة لمراقبة سير العمل وتحديد أنواع الانحرفات (بن سعيد، 1997).

وقد عرف Jablonski (1996) إدارة الجودة الشاملة بأنها شكل تعاوني لأداء الأعمال، يعتمد على القدرات المشتركة لكل من الإدارة والعاملين بهدف تحسين الجودة وزيادة الإنتاجية بصفة مستمرة من خلال فرق العمل.

واعتبر Cortada(1995) إدارة الجودة الشاملة بأنها مجموعة من التنظيمات الاستراتيجية طويلة الأجل تساعد الإدارة على توفير مبادرات تحسين مستمرة من خلال جميع أقسام الإنتاج، إذ إنها قد تنطلق من أحد الأقسام ، وبمرور الزمن ستدخل إلى جميع أقسام المؤسسة بسبب التداخل في النشاطات بين الأقسام المختلفة.

وركز Cole(1995) في تعريف إدارة الجودة الشاملة على فكرة العميل ومتطلباته واحتياجاته وتوقعاته. فهي نظام إداري يضع رضا العميل في أول قائمة الأولويات بدلاً من التركيز على الأرباح قصيرة المدى، حيث يؤمن هذا النظام بأن تحقيق رضا العميل ينتج أرباحاً محدودة في الأجل القصير. أن إدارة الجودة الشاملة عبارة عن نظام يشمل على مجموعة من الفلسفات المتكاملة والأدوات الإحصائية و العمليات الإدارية المستخدمة لتحقيق الأهداف ورفع مستوى رضا العميل والعاملين على حد سواء.

وقد عرفها زين الدين (1994) بأنها خلق ثقافة في الأداء، حيث يعمل ويكافح المديرون والعاملون بشكل مستمر لتحقيق توقعات المستفيدين، وأداء العمل الصحيح بشكل صحيح منذ البداية مع تحقيق الجودة بشكل أفضل، وبفاعلية عالية وبأقصى وقت.

ويعرف Hoffherr, et al. (1994) إدارة الجودة الشاملة بأنها فلسفة إدارية مصممة لجعل المؤسسة أكثر مرونة، بحيث تسهم هذه الطريقة في نشوء نظام متين التركيب يوجه جهد كل موظف الى كسب ثقة العميل، كما تسهم هذه الطريقة في استحداث بيئة تسمح بمشاركة منسوبي المؤسسة جميعهم في التخطيط وتنفيذ أساليب تحسين مستمر لتلبية رغبات العميل.

أما Wakhlu (1994) فقد عرفها على أنها التفوق في الأداء لإسعاد المستفيدين عن طريق المديرين والعاملين مع بعضهم البعض من أجل تحقيق أوتزويد المستفيدين بجودة ذات قيمة من خلال تأدية العمل الصحيح بالشكل الصحيح ومن المرة الأولى وفي كل وقت.

وقام Cohn and Brand (1993) بتعريفها على النحو التالي :

الإدارة : تعني التطوير والمحافظة على إمكانية المؤسسة من أجل تحسين الجودة بشكل مستمر.

الجودة: تعني الوفاء بمتطلبات المستفيد.

الشاملة : تتضمن تطبيق مبدأ البحث عن الجودة في أي مظهر من مظاهر العمل بدءاً من التعرف على إحتياجات المستفيد وانتهاءاً بمعرفة ما إذا كان المستفيد راضياً عن الخدمات أو المنتجات المقدمة له.

وعرف Sashkin and Kiser (1993) إدارة الجودة الشاملة بأنها تدل على أن المبدأ الرئيس للمؤسسة يحدد ويدعم الالتزام الثابت بتوفير حاجة العميل من خلال نظام متكامل من الأدوات والأساليب والتدريب، الذي يشمل أيضاً على دوافع التطوير المستمر للأعمال التنظيمية التى تفرز في نهاية المطاف منتجات وخدمات ذات مستوى رفيع.

كما عرفها Rilay (1993) على أنها تركيز طاقات المؤسسة على التحسينات المستمرة لكل العمليات والوظائف ، وقبل كل شيء المراحل المختلفة للعمل، إذ أن الجودة ليست أكثر من تحقيق حاجات العميل.

وعرف Kaluzny, et al. (1992) إدارة الجودة الشاملة بأنها الطريقة النظامية للمشاركة في التخطيط وتنفيذ عملية التحسين المستمر للمؤسسة. وتركز هذه الطريقة على إرضاء العميل وتلبية

توقعاته، وتحديد المشكلات والتعرف عليها، وزيادة الشعور بالانتماء لدى العاملين ودعم فكرة المشاركة في اتخاذ القرار.

أما (1992) Brocka and Brocka فعرفا إدارة الجودة الشاملة بأنها الطريقة التى من خلالها تستطيع المؤسسة تحسين الأداء بشكل مستمر في كل مستوى من مستويات التشغيل لجميع الأقسام الوظيفية للمؤسسة من خلال الاستخدام الأمثل للمواد البشرية والمالية المتاحة.

وأشار (1992) Tunks إلى إدارة الجودة الشاملة بأنها اشتراك والتزام الإدارة والعاملين في ترشيد العمل عن طريق توفير ما يتوقعه العميل أو ما يفوق توقعاته. ويتضمن هذا التعريف ثلاثة عناصر مهمة:

1. مشاركة الإدارة والموظف والتزامهم.
2. إن إدارة الجودة الشاملة تُعدُّ طريقة تأدية للعمل وليست مجرد برنامج.
3. اعتبار العميل وتوقعاته هدف تحسين الجودة.

إن الجمع بين هذه العناصر يُكون مبدءاً إدارياً. ومنهجاً لقيام الإدارة بواجبها داخل المؤسسة من أجل دفع عجلة الجودة إلى الأمام.

ويُعرف معهد الجودة الفيدرالي الأمريكي (1991) إدارة الجودة الشاملة بأنها نظام إداري استراتيجي متكامل يسعى لتحقيق رضا العميل، وإن تطبيقه يحتم مشاركة جميع المديرين والعاملين، ويستلزم استخدام الطرق الكمية لتحسين العملية الإدارية بشكل مستمر.

وعرف (1991) Omachonu إدارة الجودة الشاملة بأنها مفهوم يحدد الجودة ويعرفها في إطار تجربة العميل في مجال الخدمات، فهذه التجربة وما يعقبها من إدراك حسي بالجودة يتأثران بالعناصر والمكونات الملموسة وغير الملموسة التى تتكون منها الخدمات المقدمة، ويتأثران أيضاً بما يحدث بعد خروج العميل من النظام الذي يقدم الخدمة له. ويبدأ تنفيذ نظام إدارة الجودة الشاملة للخدمات بالتزام الإدارة العليا تجاه هذا النظام الذي يجب أن يُسن على جميع مستويات الإدارة في المؤسسة.

وأشار (1989) Oakland لإدارة الجودة الشاملة بأنها طريقة لتحسين مرونة وفعّالية الأعمال بشكل عام. ومن خلال هذه الطريقة يمكن تحسين التنظيم ومشاركة كل قسم وكل فرد في جميع المستويات الإدارية المختلفة في المؤسسة.

ولا تختلف رؤية (1989) Juran لإدارة الجودة الشاملة فهو لا يعتبرها مجموعة من البرامج، إنما

نظام إداري يُمَكن من تطبيق الكثير من الأدوات التي تم تطويرها بصورة فعالة لتحسين الأداء في أقسام المؤسسة، وبالتالي فيجب إحداث تغييرات في رؤية العاملين للعمل، وكذلك إحداث تغيير في أوضاع التشغيل اليومية وأولوياته، بالإضافة للالتزام طويل الأجل بنظام الجودة من قبل موظفي المؤسسة.

وعرف (1979) Crosby إدارة الجودة الشاملة بأنها الطريقة المنهجية المنظمة لضمان سير النشاطات التى خُطط لها مسبقاً. كما ان إدارة الجودة تُعدُ الأسلوب الأمثل الذي يساعد في منع وتجنب حدوث المشكلات، وذلك من خلال التشجيع على السلوكيات الجيدة وكذلك الاستخدام الأمثل لأساليب التحكم التى تحول دون حدوث هذه المشكلات وتجعل منعها أمراً ممكناً.

ومما تقدم يلاحظ أن تعاريف إدارة الجودة الشاملة تتفق في الخصائص التالية:

1. التزام الإدارة العليا بجعل الجودة في المقام الأول من إهتماماتها.
2. تلبية احتياجات العميل وتوقعاته.
3. إشراك جميع العاملين في الجهودالخاصة بتحسين الجودة.
4. التحسين المستمر للعملية والمنتج أوالخدمة.
5. استعمال الحقائق والبيانات الدقيقة والكافية لاتخاذ القرارات.
6. استعمال الأساليب الإحصائية الأساسية لقياس الجودة.

ومن وجهة نظر الباحث يُمكن تعريف إدارة الجودة الشاملة بأنها سعي المؤسسة المدروس من أجل إرضاء المستفيدين بما يضمن رقي المؤسسة.

2-2. مبادىء إدارة الجودة الشاملة

يكاد يكون هناك إجماع كبير على تحديد المبادئ الرئيسية لنظم إدارة الجودة الشاملة، ومنها على سبيل المثال، ضرورة التركيز على العميل وإحتياجاته، والدور الذي تقوم به القيادة وكذلك عنصر توسيع مشاركة العاملين والتعاون بين الأفراد بدلاً من المنافسة وغيرها من المبادئ (بن سعيد، 1997).

فقد حدد (1985) Ishikawa المبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة فيما يلي:

1. الجودة تحدد من قبل العميل.
2. الجودة هي جوهر العملية الإدارية، ويفضل أن ينظر لها على أنها استثمار طويل الأجل بدلاً من توقع الأرباح قصيرة الأمد منها.
3. تعتمد إدارة الجودة الشاملة اعتماداً كلياً على المشاركة الفعّالة من قبل العاملين، كما يتطلب تطبيقها إزالة الحواجز بين الأقسام المختلفة.
4. ضرورة استخدام المعلومات في عملية اتخاذ القرار.

ويتفق (1995) Gilmour and Hunt مع (1989) Blakemore على المبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة تشمل ما يلي:

1. ملاءمة الهدف بحيث يلبي رغبة واحتياجات العميل.
2. يعمل العاملون ضمن نظام محدد ومعروف.
3. التركيز على البرامج التدريبية.
4. أن يعمل الجميع في خدمة العميل.
5. أن يستخدم مفهوم التحسين كأحد أسس الإدارة.
6. توجيه الرقابة على العمليات والنشاطات وليس على النتائج.
7. أن يتم تأسيس إدارة العمليات والنشاطات على استخدام جيد للبيانات والحقائق وليس على صنع قرارات مبنية على آراء شخصية.

ويتفق (1992) Tenner and Detoro مع Jablonski(1991) و(1990) Carr and Littman و(1995)Cole و(1992)Brocka and Brocka في تحديد المبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة، حيث يرون أن المبادئ الأساسية تتكون من الآتي:

1. التركيز على العملاء.

2. التركيز على العملية والنتائج معاً.
3. الوقاية بدلاً من التفتيش.
4. الاستفادة من خبرات القوى العاملة.
5. اتخاذ القرارات مبني على حقائق.
6. التغذية العكسية .
7. الأفراد .
8. العمليات والعميل.
9. المشاركة الكاملة.
10. الاهتمام بالرسالة العامة للمؤسسة.
11. التركيز على برامج التدريب.
12. الاهتمام بتحسين علاقة المورد مع العميل.

وكما يتفق (1989)Oakland مع (1995)Glassop و(1993)Stebbing على أن المبادئ الأساسية لنظام إدارة الجودة الشاملة تشمل مايلي:

1. تطوير برامج متخصصة لزيادة الوعي والإدراك لدى العاملين بمفهوم الجودة الشاملة.
2. تطوير فكرة الولاء والانتماء للمؤسسة وأهدافها.
3. التنظيم من أجل الجودة
4. قياس تكاليف الجودة
5. تخطيط الجودة.
6. التصميم من أجل الجودة.
7. تطبيق مراقبة العمليات الإحصائية .
8. مراقبة نظم الجودة وتوثيقها.
9. الاهتمام بعمليات التدريب والتعليم المستمر.
10. الاهتمام بفكرة فريق العمل والمشاركة الفاعلة من قبل العاملين.
11. القيادة.
12. صنع القرارات مبني على حقائق.

وقد أكد (1993) Sashkin وKiser أن نجاح أسلوب إدارة الجودة الشاملة مرتبط ارتباطاً قوياً

بالاهتمام بعدد من المبادئ الحاسمة وذات العلاقة ببيئة العمل، ومن هذه المبادئ مايلي:

1. استعمال المعلومات المتعلقة بالجودة من أجل التحسين الإداري والفني وليس لملاحقة العاملين ومراقبتهم.
2. أن يتناسب حجم الصلاحية مع حجم المسؤلية.
3. رصد جوائز للعاملين بناء على تحقيق نتائج مرضية.
4. إرساء مبدأ التعاون وليس المنافسة في العمل الجماعي.
5. أن تكون الوظيفة وسيلة توفر الاستقرار النفسي للموظف .
6. توفير جو يأمن فيه الموظف على حقوقه.
7. توفير فرص متكافئة للحوافز.
8. أن يحصل العاملون على فرصة للإسهام في الملكية.

وقد حدد Goetsch and Davis (2006) المبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة فيما يلي:

1.التخطيط الإستراتيجي لإدارة الجودة الشاملة (Strategically Based).

تنهج إدارة الجودة الشاملة إستراتجية مواجهة المستقبل والتصدي له بفاعلية والحد من مفاجآته، فكل شيئ يجب أن يدرس ويخطط له بإحكام من خلال تخطيط إستراتيجي متكامل يشمل على تخطيط طويل الأجل ومتوسط وقصير(Dahlgaard,et al., 2007).

ويعتمد تحقيق أي مؤسسة لمستوى متميز من الجودة في خدماتها على مدى دقة ومناسبة الإستراتيجية التى ترسمها في هذا المجال، بحيث توجه سياستها في تقديم الخدمة وسياسات الموارد البشرية بالإتجاه الذي يخدم هذه الإستراتيجية وبالتالي الوصول إلى مستوى الجودة الذي يؤهلها إلى منافسة المؤسسات والشركات الأخرى في السوق. ويشمل التخطيط الإستراتيجي على صياغة الرؤية والرسالة والأهداف العامة والنشاطات التى تحقق هذه الأهداف (Goetsch and Davis, 2006)

ومن وجهة نظر(1993) Juran تتلخص الخطوات التى تمر بها عملية تخطيط الجودة في الآتي:

1.تحديد أهداف الجودة: التى تتضمن أهدافا رئيسية، ينبثق من كل هدف رئيسي هدف فرعي.

1. تحديد العميل: ويقصد بالعميل كل من يتأثر أو يؤثر في أهداف الجودة.
2. تحديد إحتياجات العميل: إذ إن لكل عميل إحتياجات فيما يتصل بالجودة ينبغي إشباعها.
3. تحديد ملامح المنتج أو الخدمة: تلك الملامح التى يجب أن تتناسب مع إحتياجات العميل.
4. تحديد ملامح العمليات: وهنا يتم وضع مواصفات العمليات التى تؤدي إلى المواصفات المطلوبة

في المنتج أو الخدمة .

5. تحديد وسائل ضبط العمليات والتحكم فيها: وهو ما يطلق عليه رقابة العمليات.

2.التركيز على العميل (Customer Focus) :

وهذا يعني أن المؤسسة تعتمد في حركتها بشكل أساسي على رغبات العملاء واحتياجاتهم وتوقعاتهم، من خلال اهتمامها بالبيانات والمعلومات المرتدة عن العميل وأخذها بعين الاعتبار في خططها واستراتجيتها التنظمية. ويمكن تعريف العميل بأنه ذلك الذي يشتري أو يتعامل بغرض الحصول على منتجات أوخدمات، وهناك نوعان من العملاء، الخارجي والداخلي (Besterfield, et al., 2003).

العميل الخارجي موجود خارج المؤسسة ويشتري منتجاتها وخدماتها. ويجب على كل عامل في العمل أن يعرف كيف تعزز وظيفته رضى العميل الخارجي. ويتحقق الرضا عندما يتمشى ما هو مقدم مع ما هو مطلوب، ويكون الهدف تغطية مستوى الأداء المتوقع بطريقة أحسن من المنافسين للمحافظة على العملاء الحالين وكسب آخرين جدد (Gardner, 2001).

العميل الداخلي يعتبر كل شخص ذو صلة بعملية ما، عميلاً للعملية التى تسبق عمليته. كما أن هدف كل عامل هو التأكد من أن الجودة تقابل توقعات الشخص التالي (Besterfield, et al., 2003).

3. استحواذ مفهوم الجودة على العاملين (Obsession with Quality):

المؤسسة التى تطبق إدارة الجودة الشاملة تركز بشكل كبيرعلى تلبية احتياجات العميل الداخلي والخارجي الحالية والمستقبلية وللحفاظ على هذا المستوى من الجودة يتعين على المؤسسة مراجعة نظام الجودة للنظر في مدى ملاءمته للتغيرات الطارئة في متطلبات العميل وتوقعاته. وتعتبرالمؤسسة التى تركز بشكل كبير على جودة منتجاتها أوخدماتها أن ما يعتبر" كاف جداً " اليوم لا يعتبرجيد بما فيه الكفاية غداً (Goetsch and Davis, 2006). والتركيز بشكل كبير على الجودة بمعناها الواسع يتطلب معرفة الخصائص الممكن قياسها للسلع والخدمات التى تقدمها المؤسسة والطريقة التى يدرك بها العملاء تلك السلع والخدمات المقدمة (Besterfield, et al., 2003).

4.المدخل العلمي في عملية اتخاذ القرارات (Scientific Approach):

يحتاج نظام الإدارة الحديث أن يتم بناؤه على إطار عمل من القياسات والبيانات والتحليل. ويجب أن يتم استخراج تلك القياسات من استرايتجية المؤسسة التى تشمل جميع العمليات الرئيسية. تتيح إدارة الجودة الشاملة للمؤسسة أن تتبنى مفهوم مؤسسي لحل المشكلات من خلال ما يطلق عليه فرص التحسين، يشترك في تنفيذه كافة العاملين على اختلاف مستوياتهم بالإضافة الى إشراك المستفيدين

من خلال التفهم الكامل للعمل ومشكلاته وكافة المعلومات التى تمثل الأساس في اتخاذ القرارات ، وهذا يتطلب الإعتماد على وجود جهاز كفؤ لنظم المعلومات بالمؤسسة (توفيق، 2003).

5.الالتزام طويل المدى (Long-Term Commitment):

القليل من المؤسسات تبدأ بتطبيق إدارة الجودة الشاملة مع الالتزام طويل المدى الضروري للنجاح في عملية التغيير بسسب النظرة الخاطئة لإدارة الجودة الشاملة على أنها طريقة مبتكرة للادارة وعدم النظر إليها كطريقة شاملة لأداء العمل وتحتاج بناء ثقافة جديدة شاملة (Goetsch and Davis, 2006).

الالتزام طويل المدى بإدارة الجودة الشاملة يتطلب توفر بنية مؤسسية قوية تتضمن ثقافة الجودة الشاملة ، يؤمن بها الجميع ، تتمثل بتوجه واضح وقناعة عميقة بالجودة في كل الظروف وكل الأوقات ولجميع المستفيدين مما يضمن ديمومتها واستمراريتها (أسعد، 2006).

6 .العمل الجماعي (Teamwork):

يُعرف الفريق بأنه مجموعة من الأفراد يعملون مع بعضهم البعض لإنجاز أهداف وأغراض مشتركة (Besterfield, et al., 2003). ويكمن العمل الجماعي في استغلال جماعات العمل الفعالة وتدريبها على الأساليب الخلاقة والتحليلية في عملية اتحاذ القرارات بحيث نضمن ترسيخ مبدأ التعاون في عمل المؤسسة (الدرادكة وآخرون،2001). ويرى كل من (Dean and Bowen 1994) أن العمل الجماعي وروح الفريق هي أفضل وسيلة لتحقيق التحسين المستمر في طريقة أداء العمليات. وتقوم الفكرة الأساسية على تعاون كافة الأفراد داخل القسم الواحد وداخل المؤسسة ككل وعلى كافة المستويات الإدارية. ولكي تكون جماعات العمل فعّالة يجب تدريب أعضائها على أساليب العمل الجماعي واتخاذ القرارات الجماعية.

7.التحسين المستمر للعمليات (Continual Process Improvement):

ينبغي أن يكون التحسين المستمر لأداء المؤسسة هو الهدف الدائم كنتيجة للتركيز على الجودة. ويجب أن يكون التحسين مستمراً وأن لاتكتفي المؤسسة بالتحسين على فترات متباعدة ، وأن يتم الأداء بشكل أفضل في كافة أنحاء العمليات التى تقوم بها المؤسسة وليس فقط في مراحل تصنيع المنتج (نياز، 2004).

وعرف Besterfield, et al. (2003) خمس طرق أساسية لعملية التحسين المستمر:

1. خفض الموارد: إن العملية التى تستخدم موارد أكثر مما تحتاج تمثل هدراً لها .

2. تقليل الأخطاء: الأخطاء سببها أحد العاملين إما نقص المعرفة أو نقص الاهتمام. أما المعرفة فيمكن قياسها ويمكن إصلاح النقص الموجود فيها من خلال الوسائل الصحيحة المجربة كالتعليم والتدريب. ونقص الاهتمام يجب أن تتم معالجته بواسطة الشخص نفسه ومن خلال عملية التقييم الموجه له. والشخص الذي يلزم نفسه بمراقبة كل التفاصيل ويتجنب الأخطاء بعناية، إنما يخطو خطوة هائلة نحو الهدف المتمثل في انعدام العيوب في كل شيء (Crosby, 1995).

3. تلبية توقعات العملاء الرئيسين والزيادة عليها: تتم عملية التحسين بالحصول على وجهة نظر العميل والرد على كل شكوى والاهتمام أكثر بالعميل.

4. جعل العملية أمنة: يمكن تحسين العملية بجعلها أكثر أماناً. فإن مكان العمل الأكثر أماناً أكثر إنتاجية وقليل الحوادث التى تُضيع الوقت وكذلك أقل لدعاوى تعويض العاملين.

5. جعل العملية أكثر رضى لمن يقوم بها : تكون طريقة التحسين للعملية بزيادة الرضى لدى الفرد الذي يقوم بها. والدراسات تشير الى أن العامل الراضي والسعيد يكون أكثر إنتاجية .

8.التعليم والتدريب (Education and Training):

التعليم والتدريب عناصر أساسية لإدارة الجودة الشاملة لأنهما يمثلان أفضل وسيلة لتحسين المستمر للعاملين، ومن خلال التعليم والتدريب فإن العاملين الذين يعملون بجد يتعلمون كيفية العمل بذكاء(Goetsch and Davis, 2006). واعتبر(1992) Scholtes أن الإدارة التى تشجع التعليم المستمر ترفع من مستوى المهارة الفنية والخبرة المهنية وبهذا تساعد العاملين على اكتساب البراعة والاتقان أثناء القيام بأعمالهم وتوسيع قدراتهم.

9.حرية اتخاذ القرار ضمن نطاق السيطرة (Freedom Through Control):

تعتبر مشاركة وتمكين العاملين في عملية صنع القرار من العناصر الأساسية لإدارة الجودة الشاملة لأنها تكون الطريقة المثلى لجلب المزيد من العقول في عملية صنع القرار وفي الوقت نفسه تزيد شعور العاملين بملكيتهم للقرارات المعمول بها. وفي بعض الأحيان يخطئ البعض باعتبار أن مشاركة العاملين في عملية صنع القرار يؤدي الى فقدان سيطرة الإدارة، في حين أن الرقابة أمرٌ أساسي لإدارة الجودة الشاملة. كما أن الحرية التى تتمتع بها الجودة الشاملة هي نتيجة للتخطيط الجيد والرقابة المنفذة بشكل جيد. واعتماد الرقابة على المنهج العلمي يؤدي الى حرية تمكين العاملين لحل المشاكل ضمن نطاق سيطرتهم (Goetsch and Davis, 2006).

10.وحدة الهدف (Unity of Purpose)

لم يعد كافياً أن يكون لدى الإدارة رؤية استراتجية لتميز المؤسسة في مجال إدارة الجودة الشاملة. بل يجب أن يتم تداول هذه الرؤية بين كافة الأطراف داخل المؤسسة وعلى كافة المستويات الإدارية. فمن الخطورة بمكان، أن يكون هناك اختلاف بين المستويات الإدارية والتشغلية فيما يتعلق بإدراكهم واتجاهاتهم تجاه العناصر الرئيسية لنظام إدارة الجودة الشاملة، فلا شك أن ذلك سوف يجعل تحقيق أي أهداف مشتركة لهم صعباً (Madu and kuei, 1993). لذلك من الضروري وجود أهداف موحدة مشتركة معروفة لكل من العاملين والمديرين، تمثل هذه الأهداف توجه واضح ومحدد للتنظيم ككل تضمن التنسيق وتوحيد الجهود وبالتالي تعمل على تلاشي التكرار والتعارض في جهود العاملين (الدرادكة وآخرون، 2001).

11.مشاركة وتمكين العاملين (Employee Involvement and Empowerment):

يعتمد نجاح أي مؤسسة في تحسين الأداء بشكل كبير على المهارات والحوافز التى تملكها قوة العمل في هذه المؤسسة. كما أن نجاح العاملين يعتمد بصورة كبيرة على فرص ذات معنى للتعلم واكتساب مهارات عملية. ويجدر بالمؤسسة الاستثمار في تطوير قوة العمل من خلال التعليم والتدريب (Besterfield, et al., 2003). وأوضحت الدراسات أن الأفراد يتم تعيينهم وإستمرارهم في المؤسسة لعدة أسباب ولايمثل الأجر سوى سبب واحد منها، فالأفراد يتوقعون الثناء والإمتنان مقابل جهودهم، وكذلك أعطاءهم حرية اتخاذ القرارات المتعلقة بعملهم ضمن أطر معينة وواضحة، وهذا ما يؤيده مدخل إدارة الجودة الشاملة والذي تحرص على إشعارهم به (Goetsch and Davis, 2006).

12. القيادة (Leadership) :

اعتبر Besterfield, et al. (2003) القيادة أحد المبادئ الهامة لإدارة الجودة الشاملة. وتحتاج القيادة إلى فهم دؤوب لطبيعة البشر، وحاجات الناس الأساسية، ورغباتهم، وكذلك قدراتهم. كما أن الدعم الإيجابي الذي يشجع ويكافئ النجاحات قد يكون ذا فاعلية كبيرة. ويجب أن تمثل القيادة المثل الطيب والصادق وأن تكون القدوة بالنسبة للأفراد العاملين وأن تمتاز بالموضوعية والاهتمام بالإنجازات العملية أكثر من الشعارات والخطابات.

وقد وصف Burns(1978) القائد بأنه الذي يغرس الأهداف في النفوس وليس الذي يتحكم بالقوة. القائد يُلهم ويقوي أتباعه لإنجاز الأهداف المشتركة. وذكرBurns أن القادة وتابعيهم يرفع بعضم البعض الآخر إلى مستويات أعلى من الحوافز والأخلاقيات. وتصبح القيادة قيمة من حيث إنها ترفع

في كل من الرئيس والمرؤوس مستوى سلوكه الإنساني وطموحه الخلقي. وبذلك تشكل عامل تغيير لكل من الجانبين. واعتبر Edgeman,et.al.(1999) القائد بأنه الشخص الذي يأخذ مجموعة من الأشخاص الى مكان ما، بالرغم أنهم لا يستطيعون الذهاب الى ذلك المكان بمفردهم. كما شبه القادة بالمواد الخام للمؤسسة التى يمكن أن تؤدي الى النجاح والتميز أو الفشل والانهيار.

3-2. أهمية إدارة الجودة الشاملة

إن الاهتمام بإدارة الجودة الشاملة يُعدُّ المحك الأساس الذي من خلاله تتعرف المؤسسة على مستوى أدائها مقارناً بالمؤسسات الأخرى، كما تساعد المؤسسة في التعرف على أن تحقيق النجاح بشكل مطّرد ومستمرهو ما يجب أن تصبو إليه المؤسسة، وليس فقط أن تحافظ على بقائها في السوق التنافسي(بن سعيد، 1997). وتوفر إدارة الجودة الشاملة فوائد ملموسة وغير ملموسة لكل من مقدمي الخدمة والمستفيدين على حد سواء، ومن هذه الفوائد مايلي (Trunks, 1992):

1. رفع مستوى الإنتاجية :

إن الهدف من إدارة الجودة الشاملة هو تحسين جودة الرعاية الطبية والخدمات الأخرى التى يوفرها المستشفى وكذلك الإستخدام السليم للموارد المالية والاستفادة من النظم الحديثة في المجال الطبي، وتقليص نفقات الرعاية الصحية، وتشجيع الإدارة على تقويم جودة الإنتاجية وكميتها. والبحث الدائم عن الفرص التى يمكن من خلالها تحسين مستوى الرعاية وحل ما يتم اكتشافه من مشكلات.

2. الرضا المتزايد للعميل:

من المعروف أن من الأهداف الأساسية لإدارة الجودة تقديم خدمة أفضل للعميل تتناسب مع متطلباته وتوقعاته. لذا فإن نتيجة عمليات تحسين الجودة تكون في النهاية رضا العميل. وتحوز المؤسسات على رضا العميل من خلال الجهود المتماسكة التى يبذلها كل فرد لكسب رضا العملاء، ويمكن ترجمة تضافر جهود العاملين وإخلاصهم في العمل إلى زيادة الثقة من قبل العملاء عندما يرون تحقيق رغباتهم فيما يتعلق بجودة الخدمات. إن العملاء الذين يجدون الخدمة والمنتجات بمستوى جودة عالية سوف يكررون زيارتهم وكذلك يحسنون سمعة المؤسسة إدارياً وإكلينيكياً في البيئة المحيطة بهم، مما يسهم في زيادة فاعلية تسويق خدمات المؤسسة.

3. تحسين معنويات العاملين:

هناك جانب أساسي في إدارة الجودة الشاملة يتمثل في مشاركة العاملين في صنع القرار المتعلق بالعمل، حيث يتم تشجيع العاملين على المشاركة في المعلومات والمعارف واقتراح الحلول المناسبة للمشكلات، مما يساعد على انطلاق الطاقة الفنية الخلاقة الكامنة لدى العاملين، حيث يكون لديه شعور كبير في تحسين المؤسسة. إن تشجيع العاملين على المشاركة الفعّالة في تحديد مشكلات العمل والتغلب عليها يؤدي إلى زيادة رضا العاملين ويرفع معنوياتهم. كما أنه عندما يصبح العاملون شركاء في إدارة الجودة فإن الإنتاجية تزيد بصورة أكبر، في حين لايمكن جني الفوائد كاملة دون إحداث تغيير في آراء وتوجهات العاملين تجاه أهمية الجودة الشاملة.

2-4. أهداف إدارة الجودة الشاملة:

إن هدف إدارة الجودة الشاملة بشكل عام يكمن في أنه لا يمكن لأحد أن يصمد في وجه المنافسة، إلا إذا كان يسعى إلى إرضاء العميل وتحقيق متطلباته ورغباته بدرجة كبيرة وتخطيها بشكل مستمر ودائم. وذلك من خلال إستراتيجية متكاملة تصنع بعين الإعتبار هدفاً أساسياً لها يتمثل في تحقيق مستوى جودة عالي يساهم في تحقيق رضا وسعادة عالية المستوى لدى العملاء، وذلك بهدف ضمان البقاء والإستمرار والتطور(عبوي، 2006). وأشار عبوي لأهم أهداف إدارة الجودة الشاملة فيمايلي:

1. فهم حاجات ورغبات العميل لتحقيق ما يريد.
2. توفير المنتج أو الخدمة وفق متطلبات العميل وذلك من حيث الجودة، والتكلفة، والوقت والإستمرارية.
3. التكيف مع المتغيرات التقنية، والإقتصادية، والإجتماعية، وبما يخدم تحقيق الجودة المطلوبة.
4. توقع إحتياجات ورغبات العميل في المستقبل وجعل ذلك عملاً مستمراً.
5. جذب المزيد من العملاء والمحافظة على العملاء الحاليين.
6. التمييز في الأداء والخدمة، وذلك عن طريق التطوير والتحسين المستمرين للمنتج أوالخدمة.

5-2. رواد الجودة Quality leaders:

لمعت أسماء عديدة في حقل الجودة وسنورد بعضهم منهم مثل ادوارد ديمنج ،جوزيف جوران، فليب كروسبي.

1.إدوارد ديمنج: (1900- 1986)

ولد إدوارد ديمنج عام 1900م، وحصل على شهادة الدكتوراه في الرياضيات والفيزياء من جامعة "يال" في الولايات المتحدة الأمريكية، وبرز بعد ذلك كعالم في الاحصاء، وهو من أشهر من عمل وعلم في الجودة (نياز، 2004). ساعد اليابانيين في تطوير صناعتهم بعد الحرب العالمية الثانية من خلال تعليمهم أسس إدارة الجودة ووسائل رفع مستوى جودة المنتج، عمل في مجال جودة الإنتاج ورقابة الجودة، ابتكر دائرة ديمنج: خطط، ونفذ، وافحص وتصرف، واشتهر ديمنج بخبرته في النهج المعتمد على أخذ العينات، كما يرى أن استخدام نظام الجودة المعتمد على الأساليب الإحصائية البسيطة سيسهل تشخيص الأسباب الجوهرية للمشكلات ومن ثم حلها(Omachonu,1991).

الجودة بالنسبة لديمنج (1982) عبارة عن: تخفيض مستمر للخسائر وتحسين مستمر للعمل في جميع النشاطات. وقد تناول ديمنج عدداً من الجوانب المهمة للإدارة وكيفية تحسين مستويات أدائها، فالإدارة لديه هي المسؤولة عن فهم نظام العمل وتماسك وثبات الإجراءات ودعم التحسين، وشرح Goetsch and Davis (2006) ذلك من خلال مبادئ ديمنج الأربعة عشر في إدارة الجودة:

1. وجوب ثبات هدف المؤسسة بتحسين جودة خدماتها ومنتجاتها.
2. تبني فلسفة جديدة لمفهوم الجودة لرفع الإنتاجية وتقليل التكاليف.
3. التوقف عن استخدام التفتيش لغرض تحسين الجودة والتحول لاعتماد الوسائل الإحصائية لمراقبة العملية الإنتاجية.
4. الاهتمام بتدريب العاملين باستخدام الأدوات الحديثة للتدريب أثناء العمل.
5. استخدام الطرق الحديثة في عملية الإشراف على العاملين.
6. البعد عن سياسة تخويف العمال، وجعل جو العمل مشجعاً على الإبداع.
7. التخلص من الحصص الكمية للإنتاج لكل عامل أو آلة.
8. التوقف عن اتباع فلسفة الشراء المعتمدة على الأسعار فقط بل التركيز على جودة المواد المشتراة.
9. استخدام الوسائل الإحصائية لتحديد المشكلات ومصادرها وكذلك استخدامها لتحسين الأداء.
10. القضاء على الحواجز بين أقسام العمل المختلفة، واعتماد فريق العمل في الإنتاج.

11.المراجعة الدورية لمعايير العمل.

12.رفع الحواجز التي تمنع العامل من أخذ فرصته في الافتخار ببراعته في العمل، وعدم توجيه اللوم للعاملين على الأخطاء التي تحدث في المؤسسة حتى لا يصابوا بالإحباط، والتقليل من طرح الشعارات وإسداء النصائح.

13.رفع كفاءة العاملين بوضع برنامج جيد للتعليم والتدريب على مهارات جديدة.

14.اتخاذ الإجراءات اللازمة لتحقيق عملية التحول من خلال تطبيق محتويات النقاط الآنفة الذكر.

ومن مبادئه السابقة استخلص ديمنج (1986)سبعة أخطاء يجب تجنبها في العمل:

1. عدم وجود ثبات لغرض أو لهدف المؤسسة.
2. اعتماد المنفعة أو النتائج التي تتحقق من خلال الأعمال القصيرة (الأرباح قصيرة الأجل).
3. تقويم الأداء بالتقييم الكمي والمعدلات السنوية أو بالمراجعة السنوية.
4. عدم ثبات التدابير الإدارية والتغيير المستمر في الإدارة.
5. سعي المؤسسة للمؤشرات المحسوسة فقط.
6. التكاليف الطبية الزائدة.
7. التكاليف الزائدة للضمان.

2 . جوزيف جوران: (1904- 2008)

يُعد جوران من أوائل من عمل بالجودة، وهو مهندس صناعي قام بتأليف الكثير من الكتب والمقالات العلمية فيها ومن أشهرها كتابه عن مراقبة الجودة Quality Control Handbook الصادر في عام 1951م، وفي عام 1979م قام بتأسيس معهد باسمه "معهد جوران" وهو معهد متخصص في إدارة الجودة (Juran, 1989). كما قام جوران بتطوير نموذج للجودة أطلق عليه اسم " ثلاثية جوران للجودة ". ويشمل هذا النموذج ثلاث مراحل مختلفة تبدأ بمرحلة تخطيط الجودة ثم مرحلة مراقبة الجودة وأخيراً مرحلة تحسين الجودة (Juran, 1992).

ويعرف Juran (1989) الجودة باختصار بأنها "الملاءمة للاستعمال"، وينتج عن ذلك مفهومان:

1. أن الجودة تعني تقليل معدل الأخطاء إلى أقل حد ممكن في كل مراحل العمل (التصميم، الإنتاج، البيع) للوصول إلى منتج لا يحوي أي عيب.
2. أن الجودة تعني توفر الصفات والخصائص التي تلبي احتياجات متلقي الخدمة وتوقعاته في المنتج أو الخدمة.

وعرّف بذلك رسالة إدارة الجودة على مستويين:

1. رسالة المؤسسة (الملاءمة للاستعمال Fitness for use).

2. رسالة الأقسام (الإنتاج حسب المواصفات المصممة).

وقام جوران (1988) بتلخيص أفكاره عن الجودة في عشر نقاط كما يلي:

1. تحديد أهداف عملية التحسين.
2. اعتبار عملية التحسين كجزء من نظام المؤسسة.
3. الاهتمام بعملية التنظيم لتحقيق أهداف الجودة عن طريق وضع الإجراءات، وتكوين مجلس للجودة وتشكيل فرق العمل ومنسقي الجودة.
4. زيادة درجة وعي الموظفين بأهمية عملية التحسين.
5. الاهتمام بالتدريب.
6. تشجيع العاملين وحثهم على تحسين الأداء من خلال تقدير أعمالهم.
7. الاهتمام بتنفيذ المشاريع التي تساعد المؤسسة على حل مشكلاتها.
8. الاهتمام بتقديم تقارير دورية وشاملة عن أداء المؤسسة.
9. الاهتمام بعملية الاتصال بين أقسام المؤسسة وبالتغذية الراجعة.
10. الاهتمام بتوثيق النتائج بأشكال بيانية.

3.فيليب كروسبي: (1926-2001)

عمل كروسبي مساعداً لرئيس الجودة في شركة International Telephone and Telegraph واشتهر كروسبي في عام 1979م من خلال كتابه Quality Is Free والذي كان من أكثر الكتب مبيعاً ورواجاً في ذلك الوقت والذي ركز فيه على أساليب تطوير الجودة وتخفيض تكاليفها، وأسس كروسبي كلية للجودة في ولاية فلوريدا الأمريكية، ويُعد أول من نادى بفكرة "صناعة بلا عيوب" وطور لذلك برنامج بلا أخطاء، وعلى هذا الأساس فقد حث المؤسسات أن تكافح باستمرار لتحقيق الهدف النهائي للجودة وهو نسبة صفر من الأخطاء (Crosby, 1995).

ويتكون منهج كروسبي في الجودة من أربعة عشر مبدءاً (1982)هي:

1. ثبات التزام الإدارة العليا بالجودة وتحديد الأهداف المطلوبة من برامج الجودة.
2. تكوين فريق لمتابعة أعمال تطبيق الجودة.
3. استخدام القياس كأداة موضوعية في التحسين.

4. العمل على زيادة وعي العاملين بأهمية الجودة.

5. تحديد تكاليف الجودة.

6. اتخاذ الإجراءات التصحيحية.

7. التخطيط السليم لإزالة العيوب في المنتج.

8. التركيز على التدريب وخاصة للمشرفين على القيام بدورهم في تحسين الجودة.

9. تحديد يوم خاص لزيادة الوعي بأهمية شعار "منتج بلا عيوب".

10. تشجيع الابتكار الفردي.

11. التخلص من أسباب الأخطاء وإزالة معوقات الاتصال الفعّال.

12. مكافأة من يقوم بجهود لتطوير الجودة وتحسينها.

13. تكوين مجالس للجودة للقيام بعملية التنسيق والاتصال بأعضاء فريق تطوير الجودة.

14. الاستمرار في عملية تحسين الجودة بتكرار العمليات السابقة لكي تعطي العاملين تشجيعاً مستمراً لإزالة معوقات الجودة وتحقيق أهداف المؤسسة.

واستخلص كروسبي من مبادئه الأربعة عشر آنفة الذكر أربعة محاور تشكل ركيزة لنظريته في تحسين نوعية المنتج (Johnson,2001) هي:

1. المطابقة مع المتطلبات: أي مع الشروط الأساسية (المعايير) التي تم وضعها من قبل الإدارة.

2. الجودة تكمن في الوقاية عن طريق عمل الأشياء بشكل صحيح من أول مرة بدلاً من تصحيح الأخطاء لاحقاً وذلك من خلال تصميم الطرق الوقائية في العملية الإنتاجية نفسها ومحاولة تجنب المشكلات قبل حدوثها.

3. إن شعار "صناعة بلا عيوب" هو معيار الأداء، واعتبار معيار الأداء الصحيح هو عدم وجود أخطاء.

4. إن تقليل عدم المطابقة هو مقياس لجودة الأداء وإن مقياس الجودة هو التكاليف القليلة لعدم المطابقة، ويرى كروسبي أن أفضل قياس للجودة هو قياس تكلفتها مقارنة بالتكاليف الناتجة عن عدم تطبيقها، والتي قام بتقسيمها إلى تكاليف المطابقة وتكاليف عدم المطابقة أيضاً.

ويتشابه Juran إلى حد كبير مع Deming في المبادئ العشرة التى قدمها لإدارة الجودة والتى تركز على الاهتمام بثقافة العاملين نحو الحاجة إلى التحسين وضرورة وجود أهداف محددة بالإضافة إلى أهمية تدريبهم وتشجيعهم. كذلك فإنه يركز على أهمية الاتصالات بين الأقسام المختلفة وأهمية

وجود مشاريع تحسين تشمل جميع الأقسام.

وكذلك تتشابه مبادئ Crosby الأربعة عشر إلى حد ما مع مبادئ Deming ولكنها تركز أكثر على الجانب الإجرائي في وضع نظم إدارة الجودة الشاملة موضع التنفيذ الفعلي. فهي تتضمن: تكوين فرق تحسين الجودة، وتحديد تكلفة الجودة، والتخطيط للتخلص من العيوب في العمليات، وتحديد يوم خاص لزيادة الوعي بالجودة، وتكوين مجالس للجودة (ماضي، 2005).

اعتمد ديميج وجوران استخدام الرقابة الإحصائية على العمليات لفهم وتطبيق إدارة الجودة الشاملة، أما بالنسبة لكروسبي لم يعتمد الجودة المرتبطة بالرقابة الإحصائية واعتبر الجودة بأنها المطابقة مع المتطلبات ويمكن قياسها عن طريق قياس تكاليف عدم المطابقة (Dahlgaard, et al., 2007).

6-2. تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

وضع Berwick عشرة نقاط استوحاها من نظريات الرواد في الجودة الصناعية (ديمنج وجوران وكروسبي) لتناسب إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية (نياز، 2004):

1. المؤسسات الصحية بحاجة إلى تعريف أوسع وأشمل للجودة من المؤسسات الإنتاجية.
2. الإدارة العليا في المؤسسة الصحية هي المحرك الرئيسي لتطبيق الجودة.
3. الاستفادة من البيانات الكثيرة المتوفرة في المؤسسات الصحية وتطوير عملية جمع البيانات لتطوير العمل.
4. إن استخدام أدوات ووسائل تحسين الأداء مثل المعايير والتدقيق ووضع لوائح الفحص والاطلاع على التجارب العملية والتحليل العلمي للعمل أساسي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية.
5. لفرق العمل دور هام عند البدء بتطبيق هذا النظام الإداري من أجل فهم العلاقات بين العمليات وتوضيح التغيرات اللازمة لتبسيط الإجراءات وتحقيق الهدف من العمل بأبسط طريقة ممكنة.
6. تساعد وسائل تحسين الجودة في مجال الخدمات الصحية على تحديد المشكلات مما يمكن فريق العمل من تحليل العمليات وفهمها وهذا يؤدي إلى أداء أفضل.
7. ضرورة إشراك الأطباء في عملية التحسين رغم انشغالهم في عملهم التخصصي لأهمية دورهم المباشر في تقديم الخدمة الصحية.
8. عدم إهمال التكلفة الناتجة عن تدني مستوى الجودة أو غيابها (الهدر، وإعادة العمل، وعدم

الموثوقية، وتعقيد الإجراءات، وتداخل المهام) والتركيز على الوفر الناتج عن تطبيق برنامج الجودة الشاملة.

9. التأكيد على أهمية التدريب لكافة مستويات العاملين بما في ذلك المديرين وفرق العمل.

10. الاهتمام بتحسين الإجراءات الإدارية والخدمات المساعدة بشكل متزامن ودوري مع التحسين في الأمور الأخرى.

2-7. جوائز وشهادات الجودة:

نشأت العديد من جوائز وشهادات كنماذج ومحفزات لتطوير وتطبيق نظم إدارة الجودة الشاملة ويمكن إلقاء الضوء على الأفكار الرئيسية لبعض من هذه النماذج.

2-7-1. جائزة مالكولم بالدريج الوطنية للجودة:

Malcolm Baldrige National Quality Award

سميت هذه الجائزة على اسم وزير التجارة الأمريكي مالكولم بالدريج (1981-1987) وهي جهد مشترك أسهم فيه المعهد القومي للمقاييس والتكنولوجيا وشعبة التجارة الأمريكية ، وتشرف عليها الجمعية الأمريكية لضبط الجودة، تمنح سنوياً في كل من المجالات الآتية: التصنيع والخدمة والأعمال الصغيرة وتهدف هذه الجوائز إلى تقدير الشركات الأمريكية التي أكدت تحقيقها الكامل للجودة وإدارة الجودة (ماهوني وثور، 2000).

وتشمل متطلبات التقديم للجائزة (The Baldrige Award process) تقرير يجيب عن أسئلة تقع في سبع فئات (Besterfield, et al., 2003) هي:

1. القيادة.
2. المعلومات والتحليل.
3. التخطيط الاستراتيجي النوعي.
4. إدارة القوى البشرية.
5. ضمان الجودة في المنتجات والخدمات.
6. نتائج الجودة.
7. رضا الزبون.

وتنبع أهمية متطلبات الجائزة من كونها تتصف بالعمومية والمرونة في الوقت نفسه، وترجع

عموميتها لكونها تحدد بوضوح الهدف النهائي لتحسين الجودة وهو رضا الزبون بالإضافة لكونها تتضمن أيضاً بنوداً توجد في جميع الشركات مثل القيادة والمعلومات والعملية والمشاركة والمقاييس، وهي تتصف بالمرونة بمعنى أنها لا تلزم الشركات بمنهج واحد لتحقيق الجودة (ماهوني وثور، 2000).

2-7-2. جائزة ديمنج للجودة:

لقد اعترف اليابانيون بفضل ديمنج الكبير في تطوير اقتصادهم فأسسوا جائزة للجودة باسمه عام 1962م عن طريق الاتحاد الياباني للعلماء والمهندسين وتُعد هذه الجائزة من أهم الجوائز اليابانية في مجال الجودة التي تتنافس الشركات والمؤسسات اليابانية للحصول عليها، وقد وضع الاتحاد الياباني للعلماء والمهندسين مجموعة من المعايير للحصول عليها(Hoffherr, et al.,1994):

1. الأهداف والسياسات.
2. التنظيم الإداري للمؤسسة.
3. التدريب والتعليم المستمر.
4. نظم المعلومات.
5. استخدام الطرق العلمية في التحليل.
6. توحيد المعايير.
7. استخدام نظم المراقبة.
8. تطبيق أسلوب الجودة.
9. تقويم النتائج وتحليلها.
10. وضع الخطط المستقبلة.

وتخلو بنود قائمة المعايير من ذكر أي شيء عن رضاء العميل وهذا من أهم ما يؤخذعلى طريقة تقيم جائزة ديمنج. تركز بنود المراجعة على الألتزام الدقيق بالمناهج الإحصائية، وحل المشكلات على المستوى التشغيلي في كل أنحاء المؤسسة (ماهوني وثور، 2000).

3-7-2. جائزة الملك عبدلله الثاني

صدرت الإرادة الملكية السامية بإنشاء جائزة الملك عبد الله الثاني لتميز الأداء الحكومي والشفافية في 2002/9/4، بهدف تعزيز دور القطاع العام في خدمة المجتمع الأردني بكافة قطاعاته ومجتمع الاستثمار، عن طريق نشر الوعي بمفاهيم إدارة الجودة الشاملة والأداء المتميز وإبراز الجهود المتميزة لمؤسسات القطاع العام وعرض إنجازاتها في تطوير أنظمتها وخدماتها، وبحيث تكون أرفع جائزة للتميز في القطاع العام على المستوى الوطني (مركز الملك عبدلله للتميز، 2008).

تهدف الجائزة إلى إحداث نقلة نوعية وتطوير في أداء الوزارات والمؤسسات الحكومية في خدمة المواطنين الأردنيين والمستثمرين وتعزيز تنافسيتها، عن طريق نشر الوعي بمفاهيم الأداء المتميز والإبداع والجودة والشفافية (مركز الملك عبدلله للتميز، 2008).

يكمن الهدف الرئيسي للجائزة في ضمان قيام القطاع الحكومي بالواجبات والمهام الموكلة إليه على الوجه الأكمل وبمستويات عالية من الجودة والكفاءة والاحتراف، ومن هنا فإن جائزة الملك عبد الله الثاني لتميز الأداء الحكومي والشفافية جاءت لتعبر عن تقدير قائد الوطن للمؤسسات الحكومية المتميزة في أدائها وإنتاجيتها وخدماتها ومشاريعها وبرامجها وخططها وأساليب عملها، والموظفين المتميزين في هذه المؤسسات. كما تهدف الجائزة إلى تعزيز تبادل الخبرات بين مؤسسات القطاع العام ومشاركة بعضها البعض قصص النجاح في الممارسات الإدارية الناجحة.

توفر الجائزة مرجعية إرشادية وأسساً معيارية لقياس مدى التقدم والتطور في أداء المؤسسات الحكومية في المملكة، وتساهم في تطوير القطاع الحكومي والارتقاء بمستوى أدائه، كما تساعد في دعم برامج التنمية والتخطيط الاستراتيجي في هذه المؤسسات.

ووضعت للجائزة خمس معايير تتمثل في مايلي(مركز الملك عبدلله للتميز، 2008):

1.**معيار القيادة** .

يفحص هذا المعيار قدرة القيادة على توجيه المؤسسة بشكل فاعل لتحقيق الأهداف المؤسسية والمساهمة بتحقيق الأهداف الوطنية والمبادرات الملكية ذات الصلة، وتوفير الموارد اللازمة لذلك.

كما يقيس ما قامت القيادة بكل من: التركيز على متلقي الخدمة، وتحقيق أفضل النتائج والعمل بشفافية، من خلال:

1. تطوير إستراتيجية توجه الأعمال والنشاطات والإجراءات وتحقيق الأهداف المؤسسية والمساهمة بتحقيق الأهداف الوطنية والمبادرات الملكية ذات الصلة.

2. إيجاد والمحافظة على ثقافة مؤسسية تدعم قدرة الموظفين على تحقيق الأهداف المؤسسية بكفاءة وفاعلية.

3. تطوير وتطبيق أنظمة إدارية داخلية تعمل على تمكين الموظفين بهدف القيام بالمهام والواجبات الموكولة إليهم، وبناء أنظمة لمراقبة وتقييم الأداء المؤسسي.

4. وضع استراتيجيات للتعاون وبناء العلاقات التشاركية مع المؤسسات الأخرى واستراتيجيات لإدارة المخاطر.

2. معيار الأفراد

يفحص هذا المعيار جهود المؤسسة في بناء والمحافظة على بيئة عمل داعمة تشجع الأداء المتميز على المستويين الشخصي والمؤسسي. كما يُقيِّم مدى فاعلية المؤسسة في المجالات التالية:

1. تطبيق سياسات توظيف عادلة وشفافة ونظام مكافآت لتحفيز الموظفين.

2. وضع خطط لتوفير الكوادر الضرورية لمواجهة الطلب الحالي والمتوقع.

3. تنفيذ برامج تدريب وتطوير الموظفين بشكل يلبي الاحتياجات المؤسسية.

4. تصميم وتنفيذ برامج تعزز رضى الموظفين وتشجعهم على البقاء في المؤسسة.

3.معيار العمليات

يفحص هذا المعيار تصميم وتنفيذ العمليات التي تستخدمها المؤسسة لتقديم خدماتها. كما يُقيِّم فاعلية المؤسسة في المجالات التالية:

1. إدارة عملياتها لتتمكن من تحقيق أهدافها المؤسسية.

2. إدارة عملياتها لتتمكن من المساهمة في تحقيق الأهداف الوطنية والمبادرات الملكية.

3. تحديد احتياجات وتوقعات متلقي الخدمة، وتصميم العمليات الضرورية لتلبيتها أو تقديم ما يفوقها.

4. جمع التغذية الراجعة من متلقي الخدمة والاستفادة من هذه المعلومات عند تصميم العمليات لتسهم في زيادة مستويات رضى متلقي الخدمة.

5. إدارة العلاقات مع الموردين ومقدمي الخدمات لضمان الحصول على المنتجات والخدمات التي تحتاجها المؤسسة بطريقة كفؤة.

3. معيار المعرفة

يفحص هذا المعيار نظم إدارة المعرفة في المؤسسة واستراتيجياتها، كما يُقيِّم قدرة المؤسسة على:

1. فهم متطلبات واحتياجات إدارة المعرفة.
2. كيفية جمع المؤسسة المعلومات الضرورية وتحليلها بغرض الاستفادة منها لتحقيق أهدافها.
3. نشر الوعي وتعميم المعرفة وكيفية الحفاظ على سرية وأمن المعلومات.
4. استخدام استراتيجية سليمة لإدارة وتحسين مصادر المعرفة.
5. استخدام مصادر المعرفة المتوفرة لديها بطريقة فاعلة لتحقيق أهدافها.
6. نشر وتعميم معلومات حديثة وملائمة (ذات صلة) على الموظفين والجهات المعنية وغيرهم من المؤسسات الحكومية الأخرى.

5. معيار المالية

يفحص هذا المعيار الإدارة المالية للمؤسسة وعملية إعداد الموازنة، كما يُقيِّم مدى فاعلية المؤسسة بما يلي:

1. إعداد موازنتها وتخصيص الموارد المالية لتحقيق أهداف خطتها الاستراتيجية.
2. تصميم وتطبيق الأنظمة المحاسبية التي تضمن المساءلة المالية (المحاسبة)، والاستخدام الأمثل للموارد المتاحة.
3. تحليل أدائها المالي وعكس مخرجات عملية المراقبة والتدقيق بهدف التحسين المستمر على عملية إعداد الموازنة والإدارة المالية.

2-7-4. المنظمة العالمية للمقاييس ISO

مصطلح ISO يمثل اختصار لاسم المنظمة الدولية للمقاييس وهي International Organization Of Standardization وهي تعتبر شهادة دولية للجودة تمنح للمؤسسات التى حققت إنجازاً ملموساً في تطوير عملها بما يتوافق مع متطلبات هذه المواصفة العالمية أصدرت ISO سلسلتين من المواصفات هما ISO 9000، ISO 14000، السلسلة الأولى ذات علاقة بأنظمة إدارة الجودة والثانية بأنظمة إدارة البيئة (الصيرفي، 2006).

تشمل شهادة الآيزو 9000 سلسلة من المقاييس التي تتناول كل الجوانب في العمليات داخل المؤسسة ولكنها تركز بشكل خاص على الوثائق التى تؤكد ذلك، وتتعلق معظم العناصر في المواصفة ببعضها البعض، ويعتقد خبراء الجودة والشركات التي حصلت على هذه الشهادة أن الوصول لتطبيق نظام الآيزو 9000 يؤدي الى جودة أعلى وإنتاجية أكبر وتقيد أفضل بمواعيد التسليم وازدياد رضى

العملاء والتقليل من عدم التطابق، وهذا يؤدي لزيادة الحصة السوقية وفي النهاية الى زيادة الارباح (Besterfield, et at., 2003).

تتكون المواصفات القياسية الدولية " أيزو 9000" من خمس مواصفات خاصة بإدارة وتأكيد الجودة (الصيرفي، 2006) وهي:

1. المقايس الدولية 9000: هي الخطوط الإرشادية لمقاييس إدارة الجودة وضمان الجودة للإختيار والإستخدام، تشرح مفاهيم الجودة الأساسية وتعرف المصطلحات الرئيسية وتعطي الخطوط الإرشادية لاختيار واستخدام وتفصيل مقاييس منظمة المقاييس الدولية 9001 و9002 و9003 . وهي تعتبر الطريق الدليلي لاستخدام سلسلة منظمة المقاييس الدولية بكاملها.

2. المقاييس الدولية 9001: نظام الجودة يتضمن نموذج ضمان الجودة في التصميم والتطوير والإنتاج والتركيب والخدمة، وهو المقياس الأشمل في السلسلة، حيث يشمل على 20 عنصراً تتناول الحاجة لنظام جودة فعَال بدءاً باستلام العقد ومروراً بمرحلة التصميم وانتهاء بالخدمة المطلوبة بعد التسليم.

3. المقاييس الدولية 9002: نظام الجودة يتضمن نموذج ضمان الجودة في الإنتاج والتركيب، وهو يتناول الوقاية، والكشف، والتصحيح للمشكلات خلال مرحلتي الإنتاج والتركيب. وهي مخصصة لاستخدام المؤسسات التى لا تعمل في مجال التصميم والخدمة بعد التسليم. ويغطي هذا المقياس 18 الى 20 عنصراً تتوفر بمنظمة المقاييس الدولية.

4. المقاييس الدولية 9003: نظام الجودة يمثل نموذج لتأكيد الجودة في الفحص والتفتيش والإختبار النهائي يخص الشركات التي لا تحتاج لنظم جودة شاملة لأنها لا تعمل بالإنتاج أو تقديم الخدمة. وهو أقل المقاييس في السلسلة شمولية حيث يغطي فقط 12الى 20 عنصراً من منظمة المقاييس الدولية 9001 . ولا يعتبر نظاماً للتحكم في الجودة. فمنظمة المقاييس الدولية 9003 تتناول فقط متطلبات التعرف والتحكم في المشكلات التى تظهر خلال التفتيش والاختبار النهائي، مثال ذلك موِّردو البضائع الذين يقتصر عملهم على فحص وإختبار منتجات جاهزة وردت إليهم من مصانع تطبق نظم الجودة الشاملة .

5. المقاييس الدولية 9004: تعتبر مقياس الجودة الإدارية وتحدد عناصر ومكونات نظام الجودة، وتعتبر المرشد الذي يحدِّد كيفية إدارة الجودة. وهي بذلك تختلف جذرياً عن المواصفات 9003 و

9002و9001 فى أن الأخيرة تعاقدية أو تتضمن صيغة إلتزام من المورِّد أو المصنع تجاه العميل، والصفة التعاقدية هنا تفرض الحصول على شهادة، أما المواصفة 9004 فهي إرشادية فقط.

وهناك عدة أسباب لتطبيق نظام للجودة يتطابق مع مقايس منظمة المقايس الدولية منها تعزيز وتوطيد الثقة بالسلع والبضائع والخدمات المطروحة من قبل المؤسسة، كذلك تكسب المؤسسة الحاصلة على شهادة ISO ميزة تنافسية تمكنها من إزالة الحواجز أمامها عند تصدير أو تسويق منتجاتها في الأسواق العالمية (عبوي،2006)

العلاقة بين آيزو 9000 وإدارة الجودة الشاملة:

لا تنظر إدارة الجودة الشاملة إلى المؤسسة على أنها نظام فني وإداري فقط بل تنظر إليها كنظام اجتماعي يتمثل بالعاملين ومواقفهم وتصرفاتهم ومشاركتهم وتفاعلهم فيما بينهم، كذلك تأخذ بعين الاعتبار تقاليد المؤسسة التي تتشكل مع الزمن، وترى إدارة الجودة الشاملة أن التغيير لا يمكن أن يتم بسهولة وبسرعة بل يحتاج إلى زمن طويل بتطبيق مبدأ الإدارة بالقدوة أو بالمثل (نياز، 2004).

وإذا كانت أنظمة الآيزو 9000 تشكل قاعدة أساسية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، فهي ليست بديلاً لها لأنها لا تلمس التركيبات العميقة في المؤسسة مثل ثقافة المؤسسة ومناخ العمل وبيئته ومواقف العاملين، حيث أنه يوجد طريقة محددة لتطبيق نظام الآيزو 9000 وهو تلبية متطلبات بنوده العشرين في المواصفة (1994-9000) بغض النظر عن المؤسسة (Goetsch and Davis, 2006)

أما تطبيق إدارة الجودة الشاملة فليس له منهجيه واحدة وإنما يختلف باختلاف المؤسسة وثقافتها وتقاليد العمل فيها بالرغم من وجود عدة منهجيات معروفة وضعت من قبل المختصين، ولذلك فقد تم إجراء تعديل جذري في بنود المواصفة القديمة للآيزو ليصبح اسمها (2000-9000) بحيث اعتمدت الجودة متلازمة مع العملية الإدارية في معظم بنود المواصفة وصارت تنظر إلى العاملين بأنهم جزءاً أساسياً من العملية الإدارية (السلطي وآخرون، 1999).

2-8. مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة

ذكر(1991)Jablonski أن هناك خمس مراحل لإنجاز ناجح لأسلوب إدارة الجودة الشاملة كما يلي:

المرحلة الصفرية: الإعداد

يبداء الإنجاز الناجح لإدارة الجودة الشاملة من هذه المرحلة، وقد أطلق عليها المرحلة الصفرية لأنها تسبق عملية البناء وتتمثل بتوضيح رسالة المؤسسة والرؤية المستقبلية لها، كما يتم وضع الأهداف

المشتركة ورسم سياسة المؤسسة من خلال الدعم المباشر للخطة الاستراتيجية المشتركة. وتنتهي هذه المرحلة بالالتزام بالموارد الضرورية اللازمة لتنفيذ خطة أسلوب إدارة الجودة الشاملة.

المرحلة الأولى: التخطيط

تبدأ هذه المرحلة بإرساء حجر الأساس لعملية التغيير داخل المؤسسة، حيث يتم استعمال البيانات التى تم تطويرها خلال مرحلة الإعداد لتبدأ مرحلة التخطيط الدقيق. بعد ذلك توضع خطة التنفيذ و الالتزام بالموارد وإظهارها إلى حيز الوجود. وتعتمد عملية التخطيط على نتائج المراحل التالية لتساعد على توجيه إنجازها وتطويره.

المرحلة الثانية: التقويم

تشتمل هذه المرحلة على تبادل المعلومات الضرورية لدعم مراحل الإعداد والتخطيط والتنفيذ. كما تشمل هذه المرحلة على أعمال المسح الميداني والتقويم والاستبانات وإجراء المقابلات الشخصية على مستوى المؤسسة وعلى جميع المستويات، بالإضافة إلى التقويم الذاتي الذي يوضح انطباعات الفرد والمجموعة فيما يتعلق بعناصر القوة في المؤسسة وعوامل ضعفها.

المرحلة الثالثة: التطبيق

وعند هذه المرحلة نجد أن أغلب الاستثمارات التى تم دفعها خلال المراحل السابقة قد تمت الاستفادة منها. وفي هذه المرحلة أيضاً تبدأ المبادرات الجادة في عمليات تدريب فعّالة للمديرين والعاملين. وتقوم فرق محددة ومتخصصة في مجالات مختلفة بتقويم وتطوير العمليات وإحداث التغيرات اللازمة.

المرحلة الرابعة: التنويع

إن تنفيذ المراحل السابقة يوفر للمؤسسة قاعدة بيانات جوهرية. وفي هذه المرحلة يتم إشراك أقسام المؤسسة الأخرى كي تشمل جميع أقسام المؤسسة.

2-9. معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة

على إدارة الجودة الشاملة أن تولي اهتمامها وتركز جهودها على معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة وأن تسعى إلى إزالتها والقضاء عليها، وذلك بهدف تسير عملية التطبيق بسهولة ووفقاً للخطط الموضوعة. ويمكن إيجاز أهم معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة من وجهة نظر

(Besterfield, et al., 2003) فيمايلي:

1.عدم التزام الإدارة العليا الدائم بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة .

2.مقاومة التغير في السلوك والعادات وفي العلاقات .

3.عدم الاقتناع بفلسفة إدارة الجودة الشاملة.

4.ضعف التركيز على العملاء الخارجيين والداخليين .

5. عدم معرفة المؤسسة للمعنى الدقيق للجودة وكيفية قياسها.

6.عدم فاعلية المشاركة والحماسة على كافة المستويات .

7.وجود تنظيم إداري غير مناسب لتطبيق إدارة الجودة الشاملة ووجود حواجز بين الأقسام والأفراد

8.عدم وجود التخطيط المناسب.

9.نقص في عملية التعليم والتدريب المستمر.

10.الفشل في عملية التطوير المستمر.

2-10. الجودة والتكاليف

التكاليف من منظور الجودة هي كامل التكاليف التي تساعد في عمل الإجراء المطلوب، مضافاً إليها تكاليف النتائج غير المرضية التي قد تحدث والناتجة عن عدم تحقيق مستوى الأداء المطلوب، وتشمل التكاليف المدفوعة من المؤسسة أو المريض في حالة حدوث نتائج غير مرضية بما في ذلك الخسائر الناتجة عن الهدر وتكرار العمل أكثر من مرة، ويتم تصنيفها داخل المؤسسة بحسب المعايير الخاصة بها، وبجانب ذلك توجد خسائر لا يمكن تحديدها بشكل كمي مثل خسارة سمعة المؤسسة ولذلك تبذل كافة الجهود في سبيل الجودة لتجنب هذه الخسائر(نياز، 2004).

كما حدد Summers (2000) مفهوم التكاليف بأنها كافة التكاليف التى تتحملها المؤسسة من أجل إنتاج سلعة جيدة أو تقديم خدمة ملائمة. ويمكن تصنيف التكاليف كتالي:

2-10-1. تكاليف وقائية Prevention Cost :

تشمل تكاليف استخدام وسائل أوتطبيق نشاطات تمنع حدوث الفشل أو وقوع الخطأ، وعادة ما تبدأ في المراحل التحضيرية للمؤسسة أو لعمل جديد أو خدمة جديدة وتستمر بعد ذلك ، وكأمثلة على ذلك: تكاليف مراجعة منتج أوخدمة جديدة، وتخطيط وتصميم الجودة، وإعادة تصميم المنتج والعمليات، واجتماعات مجلس الجودة، وبرامج التدريب، وضع إجراءات العمل، و تحليل المعلومات، ومشاريع

تحسين الأداء، والتخطيط. وفي المجال الصحي يمكن أن تكون هذه التكاليف للتخطيط ولتحديد احتياجات المريض، وتعليم وتدريب الكوادر الصحية وتوفير المستلزمات الطبية اللازمة. وإذا ماتم ذلك بشكل سليم وفعَال فإن كافة التكاليف الأخرى ستنخفض أوتتلاشى (Koch, 2002).

2-10-2. تكاليف التقييم Appraisal Cost :

تنفق هذه التكاليف للتحقق من مدى مطابقة المنتجات والخدمات لمعايير الجودة وكذلك تكاليف الدراسات والتدريب، وتتضمن على سبيل المثال: التدقيق والاعتماد والترخيص، والصيانة، وفحص المشتريات، وتوثيق الإجراءات المختلفة. واختبار كفاءة العمال الجدد، والتحري الدوري لعمليات العمل، والقياس، والتحقق النهائي. وكأمثلة في المجال الصحي: التدقيق والاعتماد والترخيص، وتوثيق الإجراءات (Koch, 2002).

3-10-2. تكاليف الفشل الداخلي Internal failure cost :

هي نتيجة تصحيح الخدمات أوالسلع الناتجة عن عدم مطابقتها للمعايير وذلك قبل تسليمها للعميل، ولتصحيح الإجراء الخاطئ قبل معرفة أو وعي المريض له أثناء سير العملية الإجرائية مثل إعادة إجراء فحص دموي من نفس العينة المأخوذة من المريض لفشل الفحص الأول. وكأمثلة أخرى: التلف الناتج عن مرحلة عمل غير صحيحة، وإعادة العمل أو تكرار إجراء معين لعمل أو أجزاء منه (نياز، 2004).

4-10-2. تكاليف الفشل الخارجي External failure cost :

هي نتيجة تصحيح الخدمات أو البضائع غير المطابقة للمعايير بعد تسليمها للعميل، أو تلك التي اختبرت من قبل العميل، أو هي كلفة إصلاح الفشل الذي يتم التعرف عليه من قبل المريض بعد الانتهاء من عمل الإجراء له مثل إعادة إجراء فحص دموي من عينة جديدة تؤخذ من المريض لفشل الفحص الأول، وكأمثلة أخرى: دفع الغرامات، إعادة عمليات منتج أو أجزاء منه، التلف الناتج عن عدم المطابقة، رفض الخدمة أو المنتج من العميل، السمعة السيئة الناتجة عن سوء الأداء أو رداءة المنتج (نياز، 2004).

خيارات تكاليف الجودة

من الممكن ضمان الجودة حسب الموارد المتاحة، وذلك بوضع الخطة الملائمة لذلك على النحو التالي (نياز ،2004):

1.التكاليف القليلة: الاهتمام بوضع السياسات والإجراءات وتعميمها للعمل بها، قياس الأداء، حل

المشاكل الملحة والأساسية.

2.التكاليف المتوسطة: تدريب العاملين، تحسين الأداء في نظام المعلومات، الصيانة الوقائية.

3. التكاليف العالية: زيادة الكادر المؤهل وزيادة تأهيل الكادر، وتطوير التجهيزات، وتطوير مجال العمل.

2-11. أدوات إدارة الجودة الشاملة

2-11-1. مخطط باريتو Pareto Charts :

هو مخطط بياني تستخدم فيه الأعمدة، وطول كل عمود يتناسب مع تكرار وقوع الحدث أو المتغير، ولهذا يُظهر المخطط أي العوامل هو الأكثر أهمية، وهو في جوهره شكل خاص من أشكال الأعمدة، حيث يرتب القيم تنازلياً من اليسار إلى اليمين بالنسبة لتأثيرات قياسية مثل التكرار أو التكلفة أو الزمن (Mears,1995).

ويقدم مخطط باريتو الحقائق اللازمة لتحديد الأولويات، فهو ينظم ويعرض البيانات لتبين الأهمية النسبية لها، ويعتمد المخطط على مبدأ باريتو: 80% من المشكلات ناشئة عن 20% من الأسباب الممكنة لحدوثها. بمعنى، أنه غالباً ما يكون هناك عدد محدود من الأسباب ذات تأثيرات كبيرة على المشكلات التى ينبغي التركيز عليها ومعرفة أسبابها، على أن تكون خلال مدة زمنية محددة (Goetsch and Davis, 2006).

ويساعد مخطط باريتو اختصاصي الجودة في اكتساب القدرة على كيفية التوصل إلى معرفة المسببات التى تسهم بأكبر قدر من مشكلة جودة السلعة أو خدمة مقدمة للمستفيد. وبالتالي يستطيع فريق الجودة حصر هذه المسببات وتنفيذ بعض الإجراءات التصحيحية اللازمة (بن سعيد، 1997).

2-11-2. مخطط السبب والنتيجة (الأثر) Cause and Effect Diagrams

مخطط تحليل السبب-الأثر (والذي يدعى أيضاً بمخطط عظم السمكة أو بمخطط إيشيكاوا) يستخدم بشكل رئيسي لتحديد السبب الجذري لمشكلة أو لعلاقة أو لتحليل ما، ويستخدم أيضاً لتنظيم واختصار كميات كبيرة من المعلومات وذلك بعرض العلاقات ما بين الأحداث وأسبابها المحتملة أو الفعلية، وهذا التحليل يولد ويصنف الأفكار والفرضيات عن الأسباب المحتملة ضمن عملية محددة أيضاً (Oakland,1989). ويساعد الفريق على أن يكون منهجياً في عمله مثل تحديد جزء من مخطط سير العمل يسبب المشكلة أكثر من غيره أو أن الحل يكون في أحد المسارات في المخطط، ويساعد

هذا المخطط أيضاً على تسهيل معرفة المشكلات المعقدة وتحويلها إلى مشكلات صغيرة يمكن إيجاد حلول لها (Ciccone and Lord, 1989).

ولا يشير مخطط السبب والأثر إلى الأسباب الحقيقية التي أدت لظهور الأثر، ولكنه سيعرض كل الأسباب المحتملة ضمن قائمة دون معرفة نسبة مساهمة كل سبب. كما يمكن استخدام مخطط السبب والأثر في عملية التحسين المستمر من خلال تركيز الانتباه على الأثر الإيجابي لستخدامه في عملية التحسين المستمر، على سبيل المثال، انخفاض في التكاليف أوارتفاع في مستوى جودة الخدمة (Goetsch and Davis, 2006).

2-11-3. قائمة التحقق Checklist

يُعدُّ أسلوب قائمة الفحص من الأساليب الأساسية لنظام إدارة الجودة الشاملة، حيث يمتاز بسهولة الفهم ويبين عدد مرات حدوث ظاهرة معينة خلال فترة زمنية محددة. ويستخدم هذا الأسلوب في جمع وتسجيل بيانات سواء على شكل أرقام أو أحداث أوصفات بصورة محددة وثابتة. ويسهم في تنظيم تلك البيانات وفق تصنيفات معينة لتحديد ومعرفة مواقع الخلل في النشاطات ومدى تكراره. ويعتمد هذا الأسلوب على استخدام نموذج موحد لجمع البيانات خلال فترة زمنية معينة، مما يساعد في تسجيل البيانات بطريقة منظمة وموحدة، وتسهل اتخاذ قرارات مبنية على بيانات موضوعية(Cortada and wood,1995).

كما يُعدُّ هذا الأسلوب من المراحل الأولى التى تنطلق منها عملية تحسين الجودة المستمر، حيث يتم بعد جمع البيانات من خلال هذا الأسلوب البدء في استخدام وتطبيق أساليب إحصائية أخرى، مثل خريطة باريتو والمدرجات التكرارية وخرائط الرسم البياني الانتشاري وغيرها. لذا؛ يهدف أسلوب قائمة الفحص إلى تحقيق الأهداف التالية (Omachonu,1991):

1. تسهيل عملية جمع البيانات.
2. تنظيم البيانات بطريقة يسهل استخدامها.
3. تخفيض أكبر عدد ممكن من الأخطاء في عملية جمع البيانات.

2-11-4. المدرجات التكرارية Histograms

تُعدُّ المدرجات التكرارية تصويراً مرئياً لانتشار البيانات وتوزيعها. وفي الغالب يطلق عليها اسم التوزيع التواتري. وتستخدم هذه المدرجات لمراقبة عملية تحليل البيانات الأولية لأي متغير تتم دراسته وإيجاد نمط توزيعه لمعرفة ما إذا كانت تحقق متطلبات العميل بشكل ثابت. ويتطلب قياس

ذلك ملاحظة عدة جولات وتسجيل الملاحظات. وبعد ذلك يتم مقارنتها مع هدف العملية ومطابقتها مع معايير محددة(Sashkin and Kiser, 1993).

وتساعد المدرجات التكرارية في المحافظة على العملية قيد الضبط وتحديد الانحرافات عن الوضع الطبيعي أو التوزيع المتوقع. كما أن هذه المدرجات تساعد الباحث في تحديد جذور الأسباب. وتتمثل المعلومات في الرسم البياني في شكل سلسلة من المستطيلات التى تكون متناسبة مع مجموعة البيانات(بن سعيد، 1997).

2-11-5. مخطط التبعثر Scatter Diagram

يُعدُّ أسلوب الرسم البياني الانتشاري (المبعثر) من الوسائل الملائمة لتوضيح العلاقة بين متغيرين أحدهما يكون مقياس الجودة لإحدى السلع أو الخدمات، ويطلق عليه من الناحية الإحصائية المتغير التابع. أما العنصر الثاني فهو مقياس لأحد العوامل المؤثرة على الجودة، ويطلق على هذا العنصر المتغير المستقل (Cortada and Woods, 1995). ومن الملاحظ أن لكل متغير مستقل درجة تأثير مختلفة إما إيجاباً أوسلباً على المتغير التابع، كما أن هذه الطريقة توضح قوة العلاقة بين المتغيرين، وتساعد أيضاً في عرض كيفية تغيير الاتجاه العام للأحداث بمرور الوقت (Goetsch and Davis, 2006).

2-11-6. مخطط المسار الزمني ومخطط المراقبة Run Chart and Control Chart

مخطط المسارالزمني يبين نتائج العملية خلال فترة زمنية، كما يبين صورة عن التفاوت وعن التغيرات والاتجاهات والدورات والاختلافات الأخرى غير العشوائية عبر الزمن للعملية التى نقوم بدراستها، دون تحديد ما إذا كان سبب التفاوت في العملية ناتج عن أسباب عشوائية (common causes) أو غير عشوائية (special causes) (Goetsch and Davis, 2006).

مخطط المراقبة يستخدم كأداة إدارية للرقابة على المعالجة ويوضح نتائج قياس الأداء خلال فترة زمنية محددة. كما يوضح حدود السيطرة من خلال تحديد مستوى أعلى ومستوى أدنى لايصح الانحراف عن أي منهما. ويساعد في تحديد أسباب هذا التفاوت، ويمكن استخدامها للرقابة على المتغيرات والخصائص ولقياس مدى التقدم ببرنامج تحسين الأداء(مصطفى، 2004).

2-11-7. مخطط سير الإجراءات Flow Chart

يدعى مخطط سير الإجراءات أيضاً بـ (خريطة المسار، سلسلة الإجراءات، اللوحة التدفقية الإنسيابية). ويُعدُّ من أبسط الطرق لوصف العملية ويحدد الطريق الفعلي للعملية (بن سعيد، 1997).

و مخطط سير الاجراءات هو تمثيل بياني يستخدم رموزاً بيانية يوضح جميع مكونات العملية ومراحلها المتعددة وسير العمل من البداية إلى النهاية، فهو يظهر أين تبدأ وأين تنتهي العملية وأين تبدأ العملية التي تليها، ويُظهر مجموعها كيف تجري العمليات بالتتابع (Tenner and Detoro, 1992).

يفيد هذا المخطط في كثير من أنشطة العمل بالجودة، فمن الممكن استخدامه لوصف الوضع الحالي والصورة التي يسعى إليها، بالإضافة إلى استخدامه في تحديد المدخلات والموارد والأشخاص الذين يجب أن يشاركوا في العملية، وتحديد المناطق الهامة في جمع المعلومات وتحديد مناطق تحسين الجودة، وتوليد الافتراضات عن أسباب المشاكل المحتملة، ويساعد مخطط سير العمل في تصميم إعادة تصميم عملية إدارية أوعملية فنية (Cohen and Brand,1993).

12-2 الخلاصة:

يرى الباحث ان روّاد الجودة أسهموا في تطوير الجودة عن طريق نشر نظريات إدارة الجودة ومبادئها، وتطبيقها عملياً في الصناعات ومن ثم انتشار استخدامها في المجالات كافة وعلى الرغم من بعض الاختلافات إلا أن هناك عدة أوجه مشتركة تمثل المبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة، يمكن تلخيصها فيمايلي:

1. تتطلب إدارة الجودة الشاملة الاهتمام والاعتماد من الإدارة العليا من خلال المتابعة الفاعلة، والتأكيد على أهميتها عملياً بوضع رسالة المؤسسة ومساندة أنشطة تطبيق الجودة داخل المؤسسة.
2. تُعد إدارة الجودة الشاملة مهمة جميع الإدارات، وتعد برامج تحسين الأداء مهمة جميع العاملين.
3. يتوجب إتاحة الفرصة لجميع العاملين للمشاركة الفاعلة في عملية اتخاذ القرارات الخاصة بالجودة.
4. يتوجب إشراك الجميع في جهود التحسين، فعدم إشراكهم له أثر سلبي يتمثل في مقاومة التغيير من أجل التحسين كما أن سوء الإدراك وعدم فهم الدوافع الحقيقية للتغيير من أهم أسباب العزوف عن المشاركة في التحسين.
5. لا يمكن أن تتم عملية التحسين المستمر للجودة دون الاستثمار الفعلي في برامج التدريب والتعليم المستمر للعاملين، فمهارات العاملين هي جزء لا يتجزأ من أي جهد في سبيل الجودة، وحين يقاسم مختصو الجودة عدداً كبيراً من العاملين معلوماتهم فسيصبحون جميعاً مصدراً نفيساً للمؤسسة، وإن

مشاركة العاملين في وضع الإجراءات وتعليمات العمل وتوصيف الوظائف وتصميم السجلات والاستمارات والتدريب على التدقيق الداخلي والتدريب على استخدام الطرق الإحصائية وأدوات الجودة والحاسوب تعتبر أمثلة على التدريب.

6. إلقاء اللوم على العمليات والإجراءات عند وجود قصور في الأداء وليس على العاملين.

7. تتطلب إدارة الجودة الشاملة وقتا لتنفيذها.

8. إدارة الجودة الشاملة عملية تشمل المؤسسة كلها وتحسين الجودة عملية مستمرة لا تنتهي.

9. ضرورة استخدام أدوات إدارة الجودة الشاملة والوسائل الإحصائية أثناء العمل في برامج تحسين الأداء.

10. يُعد متلقي الخدمة الركيزة الأساسية لجميع عمليات تحسين الجودة.

11. تسهم إدارة الجودة الشاملة في زيادة القدرة التنافسية للمؤسسة وتقليص التكاليف على المدى الطويل.

12. ضرورة وجود نظام للمعلومات يُعتمد عليه أثناء العمل باستخدام الطرق العلمية.

13. استخدام تحسين الجودة والاستفادة منها يساعد فرق العمل والخبراء في فهم العمليات والإجراءات وكذلك المساعدة في قياس الأداء ومراقبته.

14. نظراً لتداخل العمليات والإجراءات المرتبطة بتقديم الخدمات الصحية فمن المهم تشكيل فرق العمل أثناء تنفيذ برامج تحسين الأداء لفهم مدى التداخل بين الأنشطة.

15. إن طرق ووسائل تحسين الجودة تضفي المتعة على العمل، مثل: العمل كفريق، إجراء الدراسات، اتباع المنهج العلمي للتفكير والبحث.

16. إن استخدام خيارات تكاليف الجودة في برامج تحسين الأداء يظهر بوضوح أثرها الإيجابي على العمل.

ثانياً : الدراسات السابقة

اهتم الباحثون بدراسة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي وذلك من خلال دراسة العوامل المؤثرة على نجاحها ومعوقات تطبيقها وخلصت هذه الدراسات الى العديد من النتائج وفي مايلي نستعرض بعضاً منها:

فقد درس Donabedian (1988) إدارة الجودة الشاملة في القطاعات الصحية وأشار لوجود محورين لجودة الرعاية الصحية هما المحور الفني والمحور الإنساني ، حيث يتضمن المحور الفني تطبيق العلم والتقنية الصحية في التشخيص والعلاج، بينما يتضمن المحور الإنساني تلبية الاحتياجات الإنسانية للمريض كالتعاطف والاحترام وتقديم المعلومات اللازمة له، ويمثل المحور الإنساني الوسيلة التى يتم من خلالها تحقيق الجودة الفنية للرعاية، لذا فهو على نفس الدرجة من الأهمية.

وأشار Wolensky (1993) إلى أن مشاركة العاملين وتمكينهم يعتبر من مقومات إدارة الجودة الشاملة وتبين في العديد من الدراسات إن التزام الإدارة العليا وحده لايكفي لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة، والطريقة الفعّالة لضمان عدم مقاومة التغيير هي مشاركة العاملين وفرق العمل بطريقة مباشرة في عمليات التحسين مما يضمن تغيير بيئة العمل مما هي عليه لما هو مطلوب. وبما أن العاملين يتعلمون من خلال سلوكيات الإدارة فإن نجاح مشاركة العاملين وإدارة الجودة الشاملة لايمكن تحقيقه بدون وجود الثقة المتبادلة بين الإدارة والعاملين.

وتهدف دراسة بن سعيد (1994) بعنوان: مدى فاعلية برامج الجودة بمستشفيات وزارة الصحة السعودية إلى معرفة اتجاهات الممرضات نحو مدى فاعلية برامج الجودة في أربعة عشر مستشفى تابعة لوزارة الصحة، بالإضافة إلى التعرف على العوامل المؤثرة على فاعلية تلك البرامج، وقد انتهت الدراسة إلى نتائج عديدة من أهمها: أن هناك علاقة جوهرية بين عدم الوعي بأهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة ومدى فاعلية تطبيقها. كما أثبتت الدراسة صحة الفرضية التى تنص على أنه كلما ضعف تشجيع الإدارة العليا لتطبيق إدارة الجودة الشاملة انخفضت فاعلية تطبيقها.

كما أجرى Shortell, et al. (1995) دراسة على 61 مستشفى بغرب الولايات المتحدة الأمريكية تبين منها أن هناك علاقة موجبة معنوية بين ثقافة المستشفى نحو إدارة الجودة الشاملة وإمكانية تنفيذ برامج تحسين الجودة. كما توجد علاقة موجبة ومعنوية بين إمكانية تنفيذ برامج تحسين الجودة وكل من مستوى الخدمة كما يدركها المريض ومستوى الرضا كما يدركه العاملون أنفسهم. أي أن الثقافة

هي المحرك لتنفيذ برامج الجودة. وتنفيذ برامج الجودة يؤدي إلى نتائج إيجابية سواء بالنسبة للمرضى أو للعاملين أنفسهم.

وأوضح Maconalds(1995) في دراسة أجراها في المملكة المتحدة أنه بالرغم من أن الأطباء والمساعدين يبذلون قصارى جهدهم لتحسين مستوى الجودة في العديد من المستشفيات البريطانية إلا أن ذلك لم يؤثر بشكل ملموس على مستوى الخدمة المقدمة بها. ويرجع ذلك إلى أن برنامج إدارة الجودة الشاملة لا يرتبط فقط بالنواحي الطبية ولكنه يرتبط بكل عناصر المؤسسة التى تقدم الخدمة الصحية.

وأشار Richard and Raymond(1995) إلى أن العديد من حالات نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة قد لا تؤدي دائماً إلى تحسين الأداء والعديد من المؤسسات تقاوم التغيير. ويشجع وجود نظام للحوافز عمليات التحسين المستمر في المؤسسة مما يؤدي الى زيادة رضا المستفيدين من الخدمة.

وأجرى Carman, et al.(1996) دراسة على عشرة مستشفيات أمريكية لمدة سنتين لتحليل عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة وتحديد العوامل التي تساعد في إنجاحها بعنوان عوامل نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات. وقد وجد أن تحفيز العاملين لتطوير العمل وكذلك نشر ثقافة الجودة في بيئة العمل ، بالاضافة لوجود محللين وأخصائين في الجودة للمساعده في تطبيق إدارة الجودة الشاملة والتطوير المستمر لها.

وقام Yasin, et al. (1999) بدراسة تحليلية لتحديد الوضع التنافسي للقطاع الصحي عند تطبيقه لإدارة الجودة الشاملة. وقد وجدت هذه الدراسة بأن فشل العديد من إدارات القطاع الصحي يُعزى لعدم معرفتهم بطبيعة العلاقة الصحيحة بين الجودة والفاعلية والفوائد التنافسية، وذلك بسبب غياب فلسفة إدارة الجودة الشاملة. ومن أهم نتائج هذه الدراسة أن الاستثمار في تطبيق إدارة الجودة الشاملة يؤدي لزيادة الحصة السوقية وبتالي تحسين الوضع التنافسي للمستشفى.

أما بالنسبة لدراسة Gemmel and Bourgonjon (1999) التى أجريت على عدد من مستشفيات بلجكيا بعنوان اختلاف الإتجاهات في تطبيق إدارة الجودة الشاملة. بينت هذه الدراسة أنه يوجد تباين لدى العاملين في إدراك معاني وأهداف إدارة الجودة الشاملة وكيفية تنفيذها. حيث تم استخدام نموذج المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة كأدة لمقارنة تصورات كل من الإداريين والاطباء والممرضيين ومدراء الجودة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات قيد الدراسة. ومن الأسباب التى أدت الى هذا التباين الكبير: الهيكل الوظيفي التنظيمي في هذه المستشفيات والتحيز لدى الإطباء نحو

الأداء الشخصي التقني وعدم وجود ثقافة جودة مشتركة. وبالتالي فإن على هذه المستشفيات التخلص من هذا العائق وتوحيد الإتجاهات والإدراكات نحو تطبيق الجودة الشاملة، كما بالإمكان استخدام نموذج المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة كأداة لتقييم وضع المستشفيات الحالي ومن ثم المتابعة نحو الهدف المطلوب.

أما دراسة الحاضر (2000) بعنوان مدى فاعلية إدارة الجودة بمستشفى قوى الأمن في الرياض. فقد سعت إلى التعرف على آراء الإداريين والأطباء واتجاهاتهم نحو مدى فاعلية برامج الجودة في مستشفى قوى الأمن بالرياض. ومحاولة الباحث تقديم بعض الحلول التى من شأنها معالجة الصعوبات التى تعترض سير تطبيق إدارة الجودة الشاملة. ومن النتائج التى توصلت إليها هذه الدراسة زيادة فاعلية تطبيق برامج الجودة بالمستشفى سوف تحقق فوائد كثيرة كزيادة كفاءة الفريق الطبي واستخدام المعدات بطريقة مثلى. وكذلك فإن قلة رصد الأموال الكافية، وضعف العوامل التنظيمية ، دفع بالعاملين إلى إعتبار برنامج الجودة الشاملة برنامج رقابي، وهذه العوامل أثرت سلبا في تطبيق برنامج إدارة الجودة الشاملة.

وقام Orvetveit (2000) بدراسة إستكشافية لإدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الاوروبي وتهدف للتعريف بإدارة الجودة الشاملة المطبقة في عدد من المستشفيات الاوروبية، تبين منها أن بعض المستشفيات حققت نجاحات كبيرة في تطبيق برامج الجودة الشاملة فيما واجه عدد كبير منها صعوبات في الاستمرار بتطبيق هذه البرامج، كما تم رصد عدد من عوامل النجاح وعوامل الفشل لتطبيق إدارة الجودة الشاملة مثل الحاجة لفهم طبيعة العاملين للتخلص من مقاومة التغيير بدلاً من محاربتهم، بالإضافة لعمل تدريب شامل للعاملين بمواضيع ومبادئ الجودة الشاملة ومن ثم قياس الأداء. كما توصل Ovretveit إلى أن البيروقراطية التقليدية والتقسيم الشديد للأقسام والتنظيم على أساس الوظائف عادة ما يؤدي إلى عدم إمكانية تقديم خدمة متكاملة وسلسة للعميل داخل المنظمات الصحية. وهذا يؤكد على أهمية العمل الجماعي وكسر الحواجز بين الأقسام المختلفة التى تقدم الخدمات الصحية للمريض. مع النظر إلى تلك الأقسام على أنها تقدم سلسلة من الخدمات المتكاملة التى تمثل مجتمعة قيمة من وجهة نظر العميل.

وأشار Jackson(2001) في دراسة له بعنوان نجاح تطبيق أدوات إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي وما هي خطوات العمل الرئسية لتحقيق ذلك. تبين من هذه الدراسة أن فشل العديد من مبادرات تطبيق إدارة الجودة الشاملة بسبب نقص المعرفة والمهارات والخبرة عند القادة والمدراء،

والنقيض من ذلك، إن نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة ينتج عن التخطيط الجيد يتبعه التنفيذ ومن ثم التقيم والمراجعة. كما ذكر Jackson خمس خطوات رئيسية يجب أن ترد في إطار تنفيذ الخطة التى تشمل (1) تشكيل لجنة توجيهية، (2) الاتفاق على المعايير والقيم والسلوكيات في المؤسسة وتحديد المؤشرات المرتبطة بالنجاح، (3) الاتفاق على استراتجية للتنفيذ، (4) تنفيذ الاستراتجية، (5) تقييم واستعراض التقدم الهام.

وهدفت دراسة عميرة (2003) إلى بيان علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي من وجهة نظر العاملين في مركز الامير سلطان لمعالجة أمراض وجراحة القلب، تبحث الدراسة في أهمية الجودة الشاملة ودورها في رفع مستوى الأداء الوظيفي. حيث خلصت الدراسة الى عدم وجود التشجيع الكافي من قبل الادارة العليا مما يعيق فاعلية الجودة الشاملة، وكذلك زيادة فاعلية الجودة الشاملة سوف يساهم في تحسين كفاءة وأداء العاملين.

وقارن Arasli and Ahmadeva(2004) بين مستشفيات القطاع الخاص والقطاع العام من حيث الجهود المبذولة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة. وقد بينت هذه الدراسة أن مستشفيات القطاع العام لا تولي اهتماما كافيا لارضاء العميل، وتتبع سياسة رد الفعل التقليدي لحل المشاكل منذ سنوات عدة، وهناك عدد كبير من الشكاوى المقدمة من المرضى والأطباء ومقدمي الخدمة ومتلقي الخدمة في مستشفيات القطاع العام. ومن التوصيات التى خرجت بها هذه الدراسة لمستشفيات القطاع العام اولاً: تحديد سياسات واضحة ومفصلة ومحددة على المستوى المركزي، ثانياً: تغيير في النظام التشريعي للمستشفيات العامة يؤدي الى المرونة التنظيمية والادارية في كل مستشفى، ثالثاً: تعيين مديرين مؤهلين وأكفاء يعملون على اشراك العاملين في برامج الجودة ويساهمون بنجاح في إحداث التغيرات المطلوبة في سياسة المستشفى، ثالثاً: التوسع في استخدام نظام معلومات جيد التصميم، رابعاً: تلبية احتياجات العاملين، خامساً: تحفيز المستشفى لوضع صيغ خاصة بها لتحسين الجودة الشاملة ودراسة فلسفة إدارة الجودة الشاملة لتصبح قاعدة أساس لجميع التغيرات في مستشفيات القطاع العام ومن ثم خلق نظام لتقيم المنتج النهائي لخدمات المستشفى.

تناولت دراسة Pongpirul, et al. (2006) مقارنة بين آراء المتخصصين في مجال الرعاية الصحية والباحثين في الدراسات السابقة في مشاكل ومعوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي. فقد هدفت للكشف عن مشاكل ومعوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة وفقاً لمعاير إعتماد المستشفيات. وتبين من نتائج هذه الدراسة أن المتخصصين في مجال الرعاية الصحية يواجهون

العديد من المشاكل المتعلقة بالتطبيق لمختلف التخصصات ذات العلاقة بنقل معايير الاعتماد، بينما الباحثين في الدراسات السابقة يواجهون بعض المشاكل في نقل المفاهيم الأساسية للجودة لهم.

وناقش Rad (2006) تأثير القيم الثقافية للمؤسسة على نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في إحدى المستشفيات الجامعية، تبين منها التأثير الأكبر لإدارة الجودة الشاملة على إدارة العمليات والتركيز على العملاء والقيادة والموارد المالية. ومن معوقات نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة مشكلة الموارد البشرية وتقييم الأداء والمشاكل الإستراتيجية. ومن نتائج هذه الدراسة أن إدارة الجودة الشاملة تحتاج الى وجود ثقافة للجودة في المؤسسة تدعمها الإدارة العليا ومشاركة جميع العاملين والتعليم المستمر والعمل الجماعي وروح المبادرة والتطوير المستمر والتركيز على العملاء الداخليين والخارجيين ومراقبة وتقييم الجودة.

كما أكد Withanachchi, et al. (2007) على وجود خمس مبادئ لإدارة الجودة الشاملة تعمل على اختراق القيود الإدارية المزمنة في المستشفيات الحكومية في الدول النامية تتمثل في (1) القضاء على جميع البنود التي لا داعي لها في مجال العمل، (2) تنظيم مكان العمل ليصبح كل شيء له مكان وكل شيء في مكانه، (3) تنظيف منطقة العمل، (4) وضع معايير للعمل بتوحيد طريقة العمل لإنتاج منتج أو تقدم خدمة، (5) الانضباط للمحافظة على التحسن والاستمرار في التحسين. ومن نتائج تطبيق هذه المبادئ تحسن جودة الخدمة ورفع مستوى أداء العاملين. ومن العوامل التى ساعدت في تطبيق إدارة الجودة الشاملة القيادة والعمل الجماعي والمراقبة المستمرة.

ودرس Kozak, et al. (2007) تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية بتركيا. وكان الهدف من هذه الدراسة التعرف على إتجاهات العاملين فيما يتعلق ببرامج إدارة الجودة الشاملة المطبقة في هذه المستشفيات، كما أنها تعتبر دراسه إستكشافية للكشف عن وجود أية مشاكل تتعلق بتطبيق برامج إدارة الجودة الشاملة. حيث تبين من نتائج هذه الدراسة أن مبادئ إدارة الجودة الشاملة موجودة في فكر العاملين مع معرفتهم لمسؤلياتهم ومشاركتهم للإسهام بنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة والسعي لتحقيق رضا المرضى متلقي الخدمة، بالاضافة لوجود دعم من الادارة العليا وتوفر أدوات لقياس العمل ونظام للحوافز.

وقام Manjunath, et al.(2007) بدراسة تحليلية لإدارة الجودة في إحدى المؤسسات الطبية في الهند باستخدام معايير جائزة مالكوم بالدريج للجودة العالمية لقياس جودة الأداء. تبين منها أن معايير

جائزة مالكوم بالدريج تمثل أداة قوية لتحليل جودة الأداء والتقييم الذاتي للمستشفى، كما تعتبر خارطة الطريق نحو تحقيق مستوى جودة عالمية منافسة.

كما قام Bou-Llusar, et al. (2008) بدراسة استكشافية تقيمية لجوائز الجودة العالمية كنموذج المؤسسة الاوروبية لادارة الجودة European Foundation for quality management (EFQM) وجائزة مالكولم بالدريج للجودة العالمية Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) لإستخدمها كهيكل تنظيمي عملي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة وتبين من هذه الدراسة أن هذه الجوائز العالمية تتفق مع إدارة الجودة الشاملة من حيث المبادئ والمضمون.

ودرس Duggirala, et.al (2008) أبعاد إدارة الجودة الشاملة من وجهة نظر العاملين في القطاع الصحي ومنها (1) التزام القيادة والإدارة العليا، (2) إدارة العمليات من حيث سهولة الوصول الى المستشفى و توفر المرونة في الإجراءات الطبية المقدمة للمريض، (3) مرافق المستشفى والبنية التحتية، (4) التركيز على المريض، (5) التركيز على العاملين،(6) التحسين المستمر، (7) الوقاية من الأخطاء والسلامة الصحية. وتكمن أهمية هذه الدراسة في الحصول على التغذية الراجعة لتقييم أداء المستشفى ومقارنة هذا الأداء مع المستشفيات الأخرى المنافسة.

كما بحث Duggirala, et.al(2008) في اتجاهات المرضى نحو أبعاد إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي تبين منها وجود علاقة ايجابية وهامة بين أبعاد إدارة الجودة الشاملة ورضى المرضى. ومن الأبعاد التى تم دراستها (1) البنية التحتية، (2) رعاية الأطباء والممرضيين والخدمات الطبية المساعدة وجودة الاتصال، (3) إجراءات الرعاية الصحية، (4) الإجراءات الإدارية، (5) مؤشرات السلامة، (6) طريقة تقديم الرعاية الطبية، (7) المسؤولية الإجتماعية.

ويرى الباحث أن الدراسات السابقة تلتقي في التركيز على مبادئ إدارة الجودة الشاملة (المشار لها في الإطار النظري)، بالإضافة لضرورة التخلص من معوقات التطبيق وتوقير المتطلبات عند تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

ما يميز هذه الدراسة عن غيرها

يتضح من مراجعة الدراسات السابقة أن هنالك العديد من الدراسات التى تطرقت لإدارة الجودة الشاملة وندرة الدراسات العربية التطبيقية لإدارة الجودة الشاملة في القطاعات الصحية. وفيما يخص هذه الدراسة فإنها تلتقي مع الدارسات السابقة في المنهجية والتعمق في دراسة إدارة الجودة الشاملة من الناحية النظرية، غير أنها تختلف عن جميع الدراسات السابقة في أنها ستُطبق على المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة أحد القطاعات الصحية الهامة في الاردن. كما أنها تعتبر دراسة وصفية لتقييم العاملين والمؤسسة في المرحلة التى تسبق التطبيق، حيث أنها تساعد في عملية الإعداد والتخطيط لتطبيق إدارة الجودة الشاملة. بالاضافة الى ندرة الدراسات التى بحثت في تقييم وضع القطاع الصحي الاردني وخاصة الحكومي من حيث امكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة، والوقوف على العوامل التى تشجع أو تعيق عملية بدء تطبيق إدارة الجودة الشاملة. كما تأمل الباحثة أن تصل الى نتائج مفيدة يمكن من خلالها أن يكون هناك إتخاذ قرارات حاسمة حول مفهوم إدارة الجودة الشاملة ومدى إمكانية تطبيقها في المركز الوطني للسكري، ودافعاً للقيام بدراسات مشابهه للقطاعات الصحية الأخرى في الأردن.

الفصل الثالث: منهجية الدراسة

3-1. منهجية الدراسة

3-2. مدى تدخل الباحث

3-3. وحدة التحليل

3-4. الإطار الزمني

3-5. مجتمع الدراسة

3-6. عينة الدراسة

3-7. طرق جمع البيانات

3-8. أداة الدراسة

3-9. صدق أداة الدراسة

3-10.أسئلة الدراسة وكيقية قياسها

3-11.التحليل الإحصائي

منهجية الدراسة

يتناول هذا الفصل وصفاً لمنهج الدراسة والمجتمع الذي تم تطبيقها عليه والأدوات المستخدمة في جمع البيانات وإجراءات جمع البيانات والأساليب الإحصائية التى تم استخدامها في تحليل بيانات هذه الدراسة وذلك على النحو التالي:

1-3. منهجية الدراسة (Type of Study)

انطلاقاً من طبيعة الدراسة والأهداف التى تسعى لتحقيقها وهي التعرف على مدى إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري، وذلك من خلال التعرف على مستوى المعرفة بمبادىء إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين، والتعرف على اتجاه العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وكذلك التعرف على معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري، والتعرف على أثر الفروق الديموغرفية على استجابات أفراد عينة الدراسة، والتعرف على مدى إسهام تطبيق إدارة الجودة الشاملة في حل المشكلات التنظيمية في المركز الوطني للسكري، ودراسة المقترحات والحلول التى تعالج مشكلات تطبيق إدارة الجودة الشاملة ومعوقاتها في المركز الوطني للسكري. فإن هذه الدراسة تمثل دراسة استكشافية استخدم الباحث فيها المنهج الوصفي التحليلي الذي يُعبر عن الظاهرة الإجتماعية محل البحث كما توجد في الواقع تعبيراً كمياً وكيفياً والذي لا يقف عند حد الوصف للظاهرة المبحوثة، وجمع المعلومات من أجل استقصاء الجوانب المختلفة لها، وإنما يتعدى ذلك إلى تحليل الظاهرة وتفسيرها، والوصول الى استنتاجات مبنية على أساس علمي تسهم في تحديد الوسائل الملائمة لتطوير وتحسين الواقع (Sekaran, 2003).

واستخدم الباحث طريقة المنهج الوصفي التحليلي من خلال جانبين هما :

1.الجانب المكتبي (النظري): وقد تم تكوين هذا الجزء من خلال الرجوع الى مصادر البيانات الثانوية والهدف من هذا الجزاء تقديم تغطية وافية للأدبيات المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة.

2.الجانب الميداني (العملي): وذلك عن طريق استخدام المصادر الأولية لجمع البيانات ، حيث يُمكن من خلال جمع المعلومات اللازمة الإجابة على تساؤلات الدراسة وتحقيق أهدافها.

3-2. مدى تدخل الباحث (Extent of Researcher Interference)

جرت عملية جمع المعلومات لهذه الدراسة في الظروف الطبيعية دون أن يقوم الباحث بمحاولة التأثير على ظروف العمل وبقي تدخل الباحث في حده الأدنى. حيث قام الباحث بتوزيع الإستبانة في كل قسم على حده ليتسنى للباحث الإجابة على أي استفسار بخصوص محتويات الإستبانة، بعد أن قام الباحث بإعطاء فكرة موجزة عن إدارة الجودة الشاملة وتوضيح مفردات الإستبانة.

3-3. وحدة التحليل (Unit of Analysis)

جمعت معلومات الدراسة من العاملين في المركز الوطني للسكري لذا فإن وحدة التحليل هي (العامل).

3-4. الإطار الزمني للدراسة (Time Horizon)

تعتبر هذه الدراسة دراسة مقطعية (Cross-sectional) حيث تم جمع البينات الخاصة بالدراسة لمرة واحدة. وقد استغرق جمع البيانات ما يقارب ثلاثة شهور.

3-5. مجتمع الدراسة (Population of the Study)

يشمل مجتمع الدراسة جميع العاملين في المركز الوطني للسكري، وقد بلغ عددهم 110 عامل من مختلف التخصصات والدرجات العلمية.

3-6. عينة الدراسة (Study Sample)

تمثل عينة الدراسة مسحاً شاملاً لمجتمع الدراسة وبالتالي فإن العينة هي المجتمع، حيث تم توزيع 110 استبانة شملت جميع العاملين في مجتمع الدراسة، وتم استعادة 104 استبانة مكتملة البيانات تمثل ما نسبته (94%) من الإستبانات الموزعة، وهي نسبة مرتفعة .

3-7. مصادر جمع البيانات (Data Collection Sources)

جمعت بيانات الدراسة بأسلوبين وهما: المصادر الثانوية و المصادر الأولية.

3-7-1. المصادر الثانوية: وهي المصادر التى تزود الباحث بالبيانات غير المباشرة عن موضوع البحث، وهي تمثل المعلومات والبيانات اللازمة لتكوين خلفية علمية متكاملة حول موضوع البحث، وقد تم جمعها بالإعتماد على المصادر التالية :

- الكتب العربية والأجنبية
- الدوريات الإلكترونية
- الرسائل والأبحاث العربية والأجنبية

- الكتب الخاصة بتعليمات ونظام المركزالوطني للسكري

3-8-2. المصادرالأولية: وهي المصادر التى تقود الدارس الى بيانات مباشرة عن الموضوع محل الدراسة. والمصادر الأولية في هذه الدراسة هي المعلومات المستمدة من قوائم الاستبيان التى تم استخدامها لجمع بيانات الدراسة، وذلك تمهيداً لتحليل وتفسير نتائج الدراسة حيث تم جمع (104) استبانة لغرض جمع البيانات من العاملين في المركز الوطني للسكري.

3-8. أداة الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بإعداد استبانة لجمع البيانات المتعلقة بموضوع البحث، ومن خلال مراجعة الأدبيات والبحوث العملية السابقة التى تناولت موضوع إدارة الجودة الشاملة ومن ثم الربط بين الدراسات النظرية والميدانية.

واشتملت الإستبانة على الأجزاء الرئسية التالية:

الجزء الأول: يتناول البيانات الديموغرافية والتى تتضمن الجنس والعمر والمستوى التعليمي والتخصص ومدة الخدمة وعدد سنوات الخبرة في العمل الحالي والعمل في مستشفى أخر، وعدد سنوات الخبرة في العمل السابق.

الجزء الثاني: مستوى المعرفة بمبادىء إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز الوطني للسكري، ويمثل هذا الجزء الأسئلة من1 الى 15 في الإستبانة.

الجزء الثالث: اتجاه العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري ويمثل هذا الجزء الأسئلة من 16 الى 25 في الإستبانة.

الجزء الرابع: معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري، ويمثل هذا الجزء الأسئلة من 26 الى 36 في الإستبانة

الجزء الخامس: مدى إسهام تطبيق إدارة الجودة الشاملة في حل المشكلات التنظيمية في المركز الوطني للسكري، ويمثل هذا الجزء الأسئلة من37 الى 44 في الإستبانة.

الجزء السادس: المقترحات والحلول التى تعالج مشكلات تطبيق إدارة الجودة الشاملة ومعوقاتها في المركز الوطني للسكري ويمثل هذا الجزء الأسئلة المفتوحة من45 الى 48 في الإستبانة.

- كما تبنى الباحث في إعداد الإستبانة الشكل المغلق (Closed Questionnaire) والذي يحدد الإجابات المحتملة لكل سؤال باستخدم مقياس ليكرت الخماسي (Likert's 5-Point Scale)

للإجابة عن الأسئلة من 1الى 44 والذي يشمل الأبعاد التالية (أوافق تماماً وأوافق ولاأدري ولاأوافق ولاأوافق تماماً) وتمنح الإجابات الدرجات التالية :

أوافق تماماً	5 درجات
أوافق	4 درجات
لاأدري	3 درجات
لاأوافق	2 درجتين
لاأوافق تماماً	1درجة واحدة

- ولحساب المدى بإجاد الفرق بين أكبر قيمة وأقل قيمة (5-1=4)
- ولحساب متوسط المدى تم إعتبار(أوافق تماما وأوافق) كخلية واحدة و (لا أدري) كخلية واحدة، و(لا أوافق ولا أوافق تماما) كخلية واحدة ، وبهذا فإن متوسط المدى (4÷3=1.33) لأيجاد طول كل خلية (الحدود الدنيا والعليا).
- وتم إضافة قيمة متوسط مدى الناتج إلى الحد الأدنى وهو (1) ثم نضيف (1.33) لكل ناتج لنحصل على درجة المقياس كامل كالآتي:

الحد الأعلى للخلية الأولى	2.33=1+1.33
الحد الأعلى للخلية الثانية	3.67=2.33+1.33
الحد الأعلى للخلية الثالثة	5=3.67+1.33

- وللحكم على درجة إتجاه الأفراد نحو موضوع الدراسة من خلال المتوسطات الحسابية فقد تم إختيار التصنيف التالي:

من1 إلى أقل من 2.33 متدني

أكبر أو يساوي 2.33 إلى أقل من 3.67 متوسط

أكبر أو يساوي 3.67 إلى أقل أو يساوي 5 مرتفع

3-9. صدق أداة الدراسة

3-9-1. الصدق الظاهري

يعرف الصدق على أنه مدى استطاعة أداة الدراسة أوإجراءات القياس، قياس ما هو مطلوب قياسه (Sekaran, 2003) ويعني ذلك أنه إذا تمكنت أداة جمع البيانات من قياس الغرض الذي صممت من أجله، فإنها بذلك تكون صادقة.

كما يقصد بالصدق شمول الإستمارة لكل العناصر التى يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها ومفرداتها من ناحية أخرى، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها (عبيدات وآخرون، 2000).

أما الصدق الظاهري هو قدرة المقياس على قياس ما ينبغي قياسه من خلال النظر إليه تفحص مدى ملاءمة بنوده لقياس أبعاد المتغير المختلفة، بينما يعني صدق محتوى المقياس خصائص الشيء المراد قياسه (القحطاني، 2000).

ولضمان صدق محتوى أداة جمع بيانات هذه الدراسة تم عرضها بشكلها المبدئي على عدد من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس في الجامعة الأردنية. وقد تفضلوا مشكورين بإبداء ملاحظاتهم ومقترحاتهم حول محتويات الإستبانة، وقد تم أخذ هذه الملاحظات والإقتراحات بعين الإعتبار للوصول الى الشكل النهائي لأداة الدراسة.

3-9-2. ثبات أداة الدراسة

ويقصد به امكانية الحصول على نفس النتائج في ما لو أعيد استخدام نفس الأداة مرة ثانية (Sekaran, 2003) واستخدم إختبار كرونباخ ألفا (Cofficient Alpha) للتعرف على قوة ثبات أداة المقياس، وبالتالي فإنه كلما قربت قيمة α من الواحد الصحيح زادت قوة التماسك الداخلي للمقياس وبالتالي زادت إمكانية الإعتماد عليه. حيث بلغت قيمة كرونباخ ألفا للمقياس (0.920) كما تم استخراج المعاملات لجميع أسئلة الإستبانة وكانت جميعها تزيد عن النسبة المقبولة (0.6) مما يدل على صلاحية فقرات الإستبانة المستخدمة في هذه الدراسة كما يظهر من الجدول(3).

جدول 3: معامل الثبات (كرونباخ ألفا).

أسئلة الدراسة	عدد الفقرات	معامل الثبات
مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة	15	0.917
الإتجاه نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة	10	0.810
معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة	11	0.943
المساهمة في حل المشاكل التنظيمية	8	0.906
إجمالي الإستبانة	44	0.920

المصدر: نتائج تحليل SPSS

10-3. أسئلة الدراسة وكيفية قياسها

يتمثل السؤال رئيسي في هذه الدراسة في مايلي:

مدى إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري؟

وللإجابة على هذا السؤال يجب الإجابة على الأسئلة الفرعية التالية:

السؤال الأول: ما مستوى المعرفة بمبادىء إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز الوطني للسكري؟

ويمكن الإستدلال من هذا السؤال على مدى تطبيق هذه المبادئ في المركز الوطني للسكري بالإضافة لقياس مستوى معرفة العاملين بمبادئ إدارة الجودة الشاملة.

للإجابة على هذا السؤال تبنى الباحث مبادئ ادارة الجودة الشاملة التى أشار لها(Goetsch and Davis, 2006) والتى تتضمن التخطيط الإستراتيجي لإدارة الجودة الشاملة و التركيز على العميل، والمدخل العلمي في عملية اتخاذ القرارات واستحواذ مفهوم الجودة على العاملين والالتزام طويل المدى والعمل الجماعي والتحسين المستمر للعمليات والتعليم والتدريب وحرية اتخاذ القرار ضمن نطاق السيطرة ووحدة الهدف ومشاركة وتمكين العاملين، ومن ثم طرح الباحث أسئلة الإستبانة التى توضح هذه المبادئ والتى تشمل الفقرات من 1-15 في الاستبانة.

السؤال الثاني: ما هي اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري؟

بعد إطلاع الباحث على مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة قام الباحث بالإسترشاد بأراء العاملين لمعرفة اتجاهاتهم نحو كيفية تفضيلهم لتطبيق إدارة الجودة الشاملة وهذا يساعد في وضع إستراتيجية التطبيق المناسبة لهم. ولهذا قام الباحث بإعداد أسئلة الإستبانة التي تجيب عن السؤال الثاني من خلال الفقرات من 16- 25 في الاستبانة.

السؤال الثالث: ما معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري؟

لمعرفة معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة استعان الباحث بما ذُكر عن معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة من وجهة نظر (Besterfield, et al., 2003) يمكن تلخيصها فيمايلي:

1.عدم التزام الإدارة العليا الدائم بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة .

2.مقاومة التغير في السلوك والعادات وفي العلاقات .

3.عدم الاقتناع بفلسفة إدارة الجودة الشاملة.

4. عدم معرفة المؤسسة للمعنى الدقيق للجودة وكيفية قياسها.

6.عدم فاعلية المشاركة والحماسة على كافة المستويات .

7.وجود تنظيم إداري غير مناسب لتطبيق إدارة الجودة الشاملة ووجود حواجز بين الأقسام والأفراد

8.عدم وجود التخطيط المناسب.

9.نقص في عملية التعليم والتدريب المستمر

10.الفشل في عملية التطوير المستمر.

وقد تم إجابة هذه السؤال من خلال الفقرات من 26-36 في الاستبانة.

السؤال الرابع: ما مدى إسهام تطبيق إدارة الجودة الشاملة في حل المشكلات التنظيمية بالمركز الوطني للسكري؟

يتناول هذا السؤال فوائد وأهداف إدارة الجودة الشاملة ومساهمتها في حل المشاكل التنظمية في المركز في حال تم تطبيقها وقد تم إجابة هذا السؤال باستخدام الفقرات من 37-44 في الاستبانة.

السؤال الخامس: ما أثرالفروق الديموغرافية على استجابات عينة الدراسة ؟

يبحث هذا السؤال في العلاقات بين الفروق الديموغرافية كالجنس والعمر والتخصص والمستوى التعلمي والمستوى الوظيفي وسنوات الخبرة التى تم ذكرها في الجزء الأول من الإستبانة ومدى تأثير هذه الفروق على مستوى معرفتهم بمبادئ إدارة الجودة الشاملة واتجاههم نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة ومعوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة ومساهمتها في حل المشاكل التنظيمية في المركز.
وللإجابة على هذا السؤال تم وضع الأسئلة التالية:

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز الوطني للسكري تعزى للفروق الديموغرافية.
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري تعزى للفروق الديموغرافية.
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري تعزى للفروق الديموغرافية.
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مساهمة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في حل المشاكل التنظيمية في المركز الوطني للسكري تعزى للفروق الديموغرافية.

السؤال السادس: ما هي الاقتراحات والحلول المناسبة التى تعالج مشكلات تطبيق إدارة الجودة الشاملة ومعوقاتها في المركز الوطني للسكري ؟

تضمن هذا السؤال عدد من الأسئلة المفتوحة للاستفادة من اقترحات العاملين في تطوير إجراءات وأنظمة عملهم ومهاراتهم وتحسين الخدمة المقدمة. وتم الإجابة على هذا السؤال من خلال الأسئلة من 45 - 48 في الإستبانة.

11-3. التحليل الإحصائي (Statistical Analysis)

للإجابة على تساؤلات الدراسة تمت المعالجة الإحصائية للبيانات التى تم جمعها من خلال الإستبانات باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الإجتماعية (Statistical Package for Social Science –spss-Ver-16) وقد استخدمت الأساليب الإحصائية التالية للإجابة على تساؤلات الدراسة :

3-11-1. الإحصاءات الوصفية (Descriptive Statestics)

التوزيعات التكرارية (Frequancy Distribution): استخدمت للتعرف على الخصائص الديموغرافية لمفردات الدراسة التى تضمنتها الإستبانة

مقياس النزعة المركزية (Measures of Central Tendency): استخدم المتوسط الحسابي للتعرف على اتجاهات المستقصى منهم .

مقياس التشتت (Measures of Dispersion): استخدم الإنحراف المعياري لإختبار درجة التشتت أو التباعد بين البيانات المجمعة التى تمثل أرآء مفردات العينة.

3-11-2. الإحصاءات الإستنتاجية (Inferential Statistics)

تم استخدام اختبار مربع كاي (Chi-Squre) لإيجاد أية فروقات في استجابات أفراد العينة المتعلقة باتجاهاتهم نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة ومعوقات تطبيقها ومدى مساهمتها في حل المشاكل التنظيمية تعزى للعوامل الديموغرافية.

3-11-3. إختبار الإعتمادية (Realiablity test)

استخدم إختبار كرونباخ ألفا (Coefficient Alpha) للتعرف على قوة ثبات أداة المقياس، وبالتالي فإنه كلما قربت قيمة α من الواحد الصحيح زادت قوة التماسك الداخلي للمقياس وبالتالي زادت إمكانية الإعتماد عليه.

3-11-4. إختبار التباين الأحادي ف (One-Way ANOVA - F- Test)

استخدم إختبار (One Way ANOVA) متبوعاً ب(Bonferroni’s multiple comparisons) عند الحاجة لبيان الفروق في استجابات أفراد العينة للجزء الثاني من الإستبان - الذي يقيس مستوى معرفتهم بمبادئ إدارة الجودة الشاملة - وفقاً للمتغيرات الديموغرافية لهم.

الفصل الرابع: تحليل ومناقشة النتائج

4-1. تحليل ومناقشة نتائج خصائص عينة الدراسة

4-2. تحليل ومناقشة نتائج المتوسطات الحسابية والإنحرفات المعيارية والتكرارات والنسب المئوية لأسئلة الدراسة

4-3. نتائج تحليل اختبار One Way ANOVA واختبار Chi-square

4-4. نتائج التحليل الإحصائي لأسئلة الدراسة المفتوحة

تحليل ومناقشة النتائج

يتضمن هذا الفصل تحليلاً مفصلاً للبيانات التى تم جمعها من خلال الدراسة الميدانية التى أجريت على المركز الوطني للسكري. وذلك تحقيقاً لأهداف الدراسة التى تتطلب معرفة البيانات الديموغرافية لتلك العنية ومستوى معرفتها بمبادئ إدارة الجودة الشاملة والمزيا التى يمكن تحقيقها من خلال تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري إضافة لما تراها عينة الدراسة من معوقات ومقترحات لتطبيق هذا المفهوم وذلك من خلال الإجابة على أسئلة الدراسة.

1-4. تحليل ومناقشة نتائج خصائص عينة (مجتمع) الدراسة

بلغ عدد أفراد العينة 104 عاملاً وتمثل 94% من مجتمع الدراسة وتتضمن البيانات الديموغرافية مسحاً شاملاً لمجتع الدراسة الجنس والعمر والمستوى التعليمي والتخصص والمستوى الوظيفي والعمل في مشتشفى آخر سابقاً وسنوات الخبرة في العمل الحالي وسنوات الخبرة في العمل السابق ويوضح الجدول رقم (4)و(5) توزيع خصائص المجتمع كالتالي:

الجدول 4: التكرار والنسب المئوية للبيانات الديموغرافية (الجنس والعمر والمستوى التعليمي)

البيانات		التكرار	النسبة (%)
الجنس	ذكر	40	%38.5
	أنثى	64	%61.5
العمر	20 و أقل من24 سنة	8	%7.7
	24 وأقل من 29 سنة	52	%50.0
	29 وأقل من34 سنة	20	%19.2
	34 وأقل من39 سنة	18	% 17.3
	فوق 39 سنة	6	%5.8
المستوى التعليمي	ثانوية عامة	6	%5.8
	دبلوم	10	%9.6
	بكالوريوس	67	%64.4
	درسات عليا	21	%20.2

المصدر: نتائج تحليل SPSS

الجدول 5: التكرار والنسب المئوية للبيانات الديموغرافية (التخصص والمستوى الوظيفي والعمل السابق في مستشفى أخر وسنوات الخبرة في العمل الحالي والعمل السابق)

البيانات		التكرار	النسبة (%)
التخصص	طبيب	16	%15.4
	صيدلي	9	%8.7
	فني مختبر	14	%13.5
	ممرض	13	%12.5
	محاسب	11	%10.6
	إداري	16	%15.4
	موظف سجلات طبية	17	%16.3
	أخرى	8	%7.7
المستوى الوظيفي	مدير	6	%5.8
	رئيس قسم	2	%1.9
	موظف	96	%92.3
العمل السابق في مشتشفى أخر	نعم	37	%35.6
	لا	67	%64.4
سنوات الخبرة في العمل الحالي	أقل من سنة	22	%21.2
	سنة – سنتين	50	%48.1
	3- 4 سنوات	32	%30.8
سنوات الخبرة في العمل السابق	1-4 سنوات	21	%56.8
	5-9 سنوات	10	%27.0
	اكثر من 9 سنوات	6	%16.2

يالمصدر: نتائج تحليل SPSS

يبين الجدول رقم (4) التوزيع التكراري والنسبي للمتغيرات الديموغرافية لمفردات الدراسة، حيث تحوي العينة 104 عاملاً منهم (61.5%) إناث و(38.5%) ذكور وكانت أعمارهم موزعة بين 25 و29 سنة بنسبة (50%) ومن30 الى 34 سنة بنسبة (19.2%) ومن 35 الى 39 سنة بنسبة (17.3%) وتتوزع باقي النسب بين (7.7%) للأعمار 20 الى 24 ونسبة (5.8%) فوق 40 سنة. ويظهر من نتائج النسب السابقة أن الغالبية العظمى من العاملين أعمارهم بين 25 و29 سنة.

كانت النسبة العظمى من المجيبين من حملة البكالوريوس بنسبة (64.4%) و(20.2%) قد أكملو درسات عليا وعدد قليل منهم يحملون الدبلوم بنسبة (9.6%) و(5.8%) من حملة الثانوية العامة حيث أن معظم التخصصات الموجودة في المركز تتطلب درجة البكالوريس كحد أدنى.

أما بالنسبة لتخصصات المستقصى عنهم كما يظهر من الجدول رقم (5) فهي موزعة بين مختلف التخصصات: الأطباء (15.4%)، والصيادلة (8.7%)، وفني المختبر(13.5%)، والممرضيين (12.5%)، والمحاسبين (10.6%)، والإداريين (15.4%)، وموظفي السجلات الطبية (16.3%)، والتخصصات الأخرى (7.7%). وتجدر الإشارة إلى أن عدد الأطباء في المركز 16 طبيب بدوام كامل بالإضافة إلى الإستعانة بالأطباء المتخصصين من خارج المركز بدوام جزئي.

وتشمل عينة الدراسة على 6 مدراء(5.8%) وإثان من رؤساء الأقسام (1.9%) و(92.3%) عامل. وهذا يوضح أن التشكيلات الإدارية لم تكتمل بعد وخاصة فيما يتعلق بالأقسام والشعب وتم الإشارة لذلك عند ذكر نبذة عن المركز.

ونسبة جيدة من العاملين (35.6%) قد عملوا في مستشفيات أخرى قبل عملهم في المركز بينما (64.4%) من العاملين لم يسبق لهم العمل في مستشفى أخر.

وأخيراً قي ما يتعلق بسنوات الخبرة للمستقصى منهم حيث أن (48.1%) لديهم خبرة في المركز من سنة إلى سنتين و(30.8%) من العاملين خبرتهم من ثلاث إلى أربع سنوات و(21.2%) منهم تقل خبرتهم عن السنة. وهذا يعكس حداثة المركز أخذين بعين الإعتبار أن المركز بدأ عمله في موقعه الجديد في نهاية عام 2005 .

وتتراوح سنوات الخبرة لمن كان يعمل في مستشفى أخر بين سنة وأربع سنوات بنسبة (56.8%) وبين خمس وتسع سنوات بنسبة (27%) وستة من العاملين لديهم خبرة تزيد عن عشر سنوات. حيث يوجد عدد من العاملين قد سبق لهم العمل في مستشفى الجامعة الأردنية قبل مباشرة عملهم في المركز.

2-4 . تحليل ومناقشة نتائج المتوسطات الحسابية والإنحرفات المعيارية والتكرارات والنسب المئوية لأسئلة الدراسة

السؤال الأول : ما مستوى المعرفة بمفاهيم إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز الوطني للسكري؟

يلخص الجدول رقم (6) المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري والتوزيع التكراري والنسبي لعبارات الإستبانة الخاصة بمعرفتهم بمبادئ الجودة الشاملة.

الجدول6: المتوسطات والإنحرافات المعيارية والتوزيعات التكرارية والنسبية لمبادئ إدارة الجودة الشاملة.

رقم	المبادئ	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	موافق التكرار(%)	غير متأكد التكرار(%)	غير موافق التكرار(%)	المستوى
1	تقوم إدارة المركز بتوضيح الرسالة والرؤية الخاصة بتحسين جودة خدماتها	2.80	.817	23 (22.1%)	40 (38.5%)	41 (39.4%)	متوسط
2	توفر الإدارة التنظيم الإداري الفعال لتحقيق أهداف المركز	2.65	.822	19 (18.3%)	34 (32.7%)	51 (49.0%)	متوسط
3	يهتم العاملون في المركز بجودة الخدمات المقدمة للمراجعين	3.52	.985	56 (53.9%)	30 (28.8%)	18 (17.3%)	متوسط
4	تضع الإدارة برامج للتعليم والتدريب المستمر للعاملين بالمركز لتطوير مهاراتهم الوظيفية	1.76	.615	1 (1.0%)	7 (6.7%)	96 (92.3%)	متدني
5	تشجع الإدارة العاملين وتحثهم على تحسين الأداء من خلال تقدير أعمالهم وتقديم الحوافز المادية والمعنوية لهم	1.88	.732	3 (2.9%)	13 (12.6%)	87 (84.5%)	متدني
6	يتم مراجعة وتحسين أساليب العمل بشكل دوري	2.30	.835	8 (7.7%)	32 (30.8%)	64 (61.5%)	متدني
7	تحرص إدارة المركز على زيادة درجة وعي الموظفين بأهمية عملية تحسين وتطوير الخدمات المقدمة	2.41	.796	9 (8.7%)	33 (31.7%)	62 (59.7%)	متوسط
8	إعتماد معايير الترقية على أساس الإنتاجية والدقة في العمل بجميع النواحي	1.95	.674	2 (1.9%)	15 (14.4%)	87 (83.7%)	متدني
9	القضاء على الحواجز بين أقسام العمل المختلفة، وتشكيل فريق عمل لتطوير خدمات المركز	1.95	.716	3 (2.9%)	15 (14.4%)	86 (82.7%)	متدني
10	تقوم الإدارة بعقد اجتماعات دورية للوقوف على آراء ومقترحات العاملين في المركز	2.28	.864	13 (12.5%)	18 (17.3%)	73 (70.2%)	متدني
11	تعتمد الإدارة سياسة تقديم تقارير دورية وشاملة عن أداء المركز	2.39	.769	9 (8.7%)	32 (30.8%)	63 (60.6%)	متوسط
12	استخدام الوسائل الإحصائية لتحديد المشكلات ومصادرها وكذلك استخدامها لتحسين الأداء	2.15	.798	7 (6.7%)	21 (20.2%)	76 (73.1%)	متدني
13	وضع آلية للحصول على معلومات عن رضا المستفيدين من خدمات المركز	3.70	.954	72 (69.3%)	16 (15.4%)	16 (15.4%)	مرتفع
14	تركز الإدارة على أهمية التطوير المستمر لكافة خدمات المركز للحصول على رضا طالبي الخدمة	3.67	.966	70 (67.3%)	18 (17.3%)	16 (15.4%)	مرتفع
15	توفير السرعة والمرونة في الإجراءات الطبية المقدمة للمريض	3.72	.897	76 (73.1%)	15 (14.4%)	13 (12.5%)	مرتفع
المتوسط العام لمستوى معرفتهم بهذه المبادئ		2.61					متوسط

المصدر: نتائج تحليل SPSS

يظهر من الجدول رقم (6) أن إجمالي المجيبين على أسئلة الجزء الثاني من الإستبانة تتراوح مستوى معرفتهم بمبادئ إدارة الجودة الشاملة من متوسط الى متدني، ماعدا المبادئ رقم 13و14و15 فإن مستوى معرفتهم بها مرتفع. أم بالنسبة للمتوسط العام لمستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين فهو متوسط حيث بلغ (2.61) يقع ضمن متوسط أداة القياس المحصور بين (2.33-3.67)، وفيما يلي عرض لهذه النتائج:

1. تقوم إدارة المركز بتوضيح الرسالة والرؤية الخاصة بتحسين جودة خدماتها

أفادت نسبة بلغت (39.4%) من أفراد العينة بعدم الموافقة على أن إدارة المركز تقوم بتوضيح الرسالة والرؤية الخاصة بتحسين جودة الخدمات، ونسبة (38.5%) غير متأكدين. بينما (22.1%) من أفراد العينة موافقين. وعند حساب المتوسط الحسابي بلغ (2.80) يقع ضمن متوسط أداة القياس المحصور بين (2.33-3.67) والانحراف المعياري (.817) ويتضح من ذلك أن معرفتهم بالرسالة والرؤية الخاصة بتحسين جودة خدماتها متوسطة وهذا لايتفق مع ذكر (Goetsch and Davis,2006) حيث أن التخطيط الإستراتيجي لإدارة الجودة الشاملة يتحقق بتوضيح الرسالة والرؤية والأهداف لجميع العاملين.

2. توفر الإدارة التنظيم الإداري الفعّال لتحقيق أهداف المركز

بلغت نسبة أفراد العينة الذين أجابو بعدم الموافقة على أن الإدارة توفر التنظيم الإداري الفعال لتحقيق أهداف المركز (49.0%) وكانت نسبة (32.7%)غير متأكدين. وبينما وافق (18.3%) من أفراد العينة. والمتوسط الحسابي (2.65) يقع ضمن متوسط أداة القياس المحصور بين (2.33-3.67) والإنحراف المعياري (.822). ويمكن القول أن التنظيم الإداري الحالي فعّال بدرجة متوسطة وهذا لايتفق مع ما توصل (Ovretveit,1997) فيجب التخلص من البيروقراطية التقليدية والتقسيم الشديد للأقسام لأنه عادة ما يؤدي إلى عدم إمكانية تقديم خدمة متكاملة وسلسة للعميل داخل المؤسسات الصحية. كما أنه لايتفق مع (Juran,1988) فالإهتمام بعملية التنظيم لتحقيق أهداف الجودة عن طريق وضع الإجراءات، وتكوين مجلس للجودة وتشكيل فرق العمل يعتبر من المبادئ التى وضعها لإدارة الجودة الشاملة.

3. يهتم العاملون في المركز بجودة الخدمات المقدمة للمراجعين

أجاب أفراد العينة بالموافقة بنسبة (53.9%) على أن العاملين في المركز يهتمون بجودة الخدمات المقدمة للمراجعين. بينما كانت نسبة (28.8%) من أفراد العينة غير متأكدين ونسبة (17.3%)غير موافقين. وبلغ المتوسط الحسابي (3.52) يقع ضمن متوسط أداة القياس المحصور بين (2.33-3.67) والإنحراف المعياري (.985) ويمكن الإستنتاج أن العاملين في المركز يهتمون بجودة الخدمات المقدمة للمراجعين بدرجة متوسطة وهذا لايتفق مع ما ذكر (Goetsch and Davis, 2006) فالمؤسسة التى تُطبق إدارة الجودة الشاملة تركز بدرجة عالية على تلبية احتياجات العميل الداخلي والخارجي الحالية والمستقبلية.

4. تضع الإدارة برامج للتعليم والتدريب المستمر للعاملين في المركز لتطوير مهاراتهم الوظيفية.

أفاد معظم أفراد العينية بعدم الموافقة بنسبة (92.3%)على أن الإدارة تضع برامج للتعليم والتدريب المستمر للعاملين في المركز لتطوير مهاراتهم الوظيفية ونسبة (6.7%) غير متأكدين. بينما نسبة (1%) من أفراد العينة موافقين. وكان المتوسط الحسابي (1.76) وهو أدنى من متوسط أداة القياس والإنحراف المعياري (.615). مما يدل على أن الإدارة لا تضع برامج للتعليم والتدريب المستمر للعاملين بالمركز لتطوير مهاراتهم الوظيفية وهذا لايتفق مع ما توصل إليه (Scholtes,1992) فالإدارة التى تشجع التعليم المستمر ترفع من مستوى المهارة الفنية والخبرة المهنية وبهذا تساعد العاملين على اكتساب البراعة والاتقان أثناء القيام بأعمالهم وتوسيع قدراتهم. كما أنه لا يتفق مع مبادئ (ديمنج، 1982) في الإهتمام بتدريب العاملين باستخدام الأدوات الحديثة للتدريب أثناء العمل.

5. تشجع الإدارة العاملين وتحثهم على تحسين الأداء من خلال تقدير أعمالهم وتقديم الحوافز المادية والمعنوية لهم.

بلغت النسبة العظمى لأفراد العينة (84.5%) بعدم الموافقة على أن الإدارة تشجع العاملين وتحثهم على تحسين الأداء من خلال تقدير أعمالهم وتقديم الحوافز المادية والمعنوية لهم ونسبة (12.6%) غير متأكدين. بينما نسبة (2.9%) موافقين. المتوسط الحسابي (1.88) وهو أدنى من متوسط أداة القياس والإنحراف المعياري (.732). ويمكن الإستنتاج أن الإدارة لا تشجع العاملين وتحثهم على تحسين الأداء من خلال تقدير أعمالهم وتقديم الحوافز المادية والمعنوية لهم وهذا لايتفق مع ما ذكر(

جوران، 1988) فتشجيع العاملين وحثهم على تحسين الأداء من خلال تقدير أعمالهم يعتبر من المبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة.

6.يتم مراجعة وتحسين أساليب العمل بشكل دوري

أفاد معظم أفراد العينة بعدم الموافقة بنسبة (61.5%) على أنه يتم مراجعة وتحسين أساليب العمل بشكل دوري ونسبة (30.8%) غير متأكدين. بينما كانت نسبة الموافقين (7.7%). وكان المتوسط الحسابي (2.30) وهو أدنى من متوسط أداة القياس والإنحراف المعياري (835.). ويتضح أنه لا يتم مراجعة وتحسين أساليب العمل بشكل دوري وهذا لا يتفق ما ذكر (Goetsch and Davis, 2006) فينبغي أن يكون التحسين المستمر لأداء المؤسسة هو الهدف الدائم كنتيجة للتركيز على الجودة. كما لا يتفق مع ما أشار إليه (نياز، 2004) فيجب الاهتمام بتحسين الإجراءات الإدارية والخدمات المساعدة بشكل متزامن ودوري مع التحسين في الأمور الأخرى.

7.تحرص إدارة المركز على زيادة درجة وعي العاملين بأهمية عملية تحسين وتطوير الخدمات المقدمة

أجاب معظم أفراد العينة بعدم الموافقة بنسبة (59.7%) بأن إدارة المركز تحرص على زيادة درجة وعي العاملين بأهمية عملية تحسين وتطوير الخدمات المقدمة ونسبة (31.7%) غير متأكدين. وكانت نسبة الموافقين (8.7%). وبلغ المتوسط الحسابي (2.41) ويقع في ضمن متوسط أداة القياس المحصور بين (2.33-3.67) والإنحراف المعياري (796.). ويمكن القول أن إدارة المركز تحرص على زيادة درجة وعي العاملين بأهمية عملية تحسين وتطوير الخدمات المقدمة بدرجة متوسطة. وهذا لا يتفق ذكر(كروسبي، 1979) و(جوران، 1988) من مبادئ إدارة الجودة الشاملة بزيادة درجة وعي العاملين بأهمية عملية التحسين. وكذلك لايتفق مع (بن سعيد، 1994) في أن هناك علاقة بين الوعي بأهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة ومدى فاعلية تطبيقها. وكما لا يتفق Oakland(1989) و Glassop(1995) وStebbing(1993) فالمبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة تشمل على تطوير برامج متخصصة لزيادة الوعي والإدراك لدى العاملين بمفهوم الجودة الشاملة.

8.إعتماد معايير الترقية على أساس الإنتاجية والدقة في العمل بجميع النواحي

بلغت النسبة العظمى لأفراد العينة (83.7%) بعدم الموافقة على أنه يتم إعتماد معايير الترقية على أساس الإنتاجية والدقة في العمل بجميع النواحي ونسبة (14.4%) غير متأكدين. بينما كانت نسبة موافقين (1.9%). ونتج المتوسط الحسابي (1.95) وهو أدنى من متوسط أداة القياس والإنحراف المعياري (674.). ويتضح من ذلك أنه لا يتم اعتماد معايير الترقية على أساس الإنتاجية والدقة في العمل بجميع النواحي وهذا لا يتفق مع ذكر(جوران، 1988) فتشجيع العاملين وحثهم على تحسين الأداء من خلال تقدير أعمالهم من العناصر الأساسية لمبادئ إدارة الجودة الشاملة. كما لا يتفق مع (Kiser and Sashkin, 1993) فنجاح أسلوب إدارة الجودة الشاملة مرتبط ارتباطاً قوياً بالاهتمام بعدد من المبادئ الحاسمة وذات العلاقة ببيئة العمل كرصد جوائز للعاملين بناء على تحقيق نتائج مرضية. وتوفير جو يأمن فيه الموظف على حقوقه. وتوفير فرص متكافئة للحوافز.

9. القضاء على الحواجز بين أقسام العمل المختلفة، وتشكيل فريق عمل لتطوير خدمات المركز

الغالبية العظمى من أفراد العينة أجابو بعدم الموافقة بنسبة (82.7%) على أنه يتم القضاء على الحواجز بين الأقسام وتشكيل فرق عمل لتطوير خدمات المركز ونسبة (14.4%) غير متأكدين. بينما كانت نسبة الموافقين (2.9%). والمتوسط الحسابي (1.95) وهو أدنى من متوسط أداة القياس والإنحراف المعياري (716.). مما يدل على أنه لا يتم القضاء على الحواجز بين أقسام العمل المختلفة، وتشكيل فريق عمل لتطوير خدمات المركز وهذا لا يتفق مع ما حدد (Ishikawa ,1985) من مبادئ أساسية لإدارة الجودة الشاملة والتى تعتمد اعتماداً كلياً على المشاركة الفعّالة من قبل العاملين، كما يتطلب تطبيقها إزالة الحواجز بين الأقسام المختلفة. وكذلك لايتفق مع (ديمنج، 1982) فالقضاء على الحواجز بين أقسام العمل المختلفة، واعتماد فريق العمل في الإنتاج من مبادئه الأربعة عشر في إدارة الجودة الشاملة.

10. تقوم الإدارة بعقد اجتماعات دورية للوقوف على آراء ومقترحات العاملين في المركز

أفادة معظم أفراد العينة بعدم الموافقة بنسبة (70.2%) على أن الإدارة تقوم بعقد اجتماعات دورية للوقوف على آراء ومقترحات العاملين في المركز ونسبة (17.3%) غير متأكدين. وكانت نسبة الموافقين (12.5%). وبحساب المتوسط الحسابي (2.28) وهو أدنى من متوسط أداة القياس والإنحراف المعياري (864.). ويمكن الإستنتاج أن الإدارة لا تقوم بعقد اجتماعات دورية للوقوف

على آراء ومقترحات العاملين في المركز وهذا لايتفق مع ما توصل إليه (Wolensky, 1993) في أن مشاركة العاملين تعتبر من مقومات إدارة الجودة الشاملة، والطريقة الفعالة لضمان عدم مقاومة التغيير هي مشاركة العاملين بطريقة مباشرة في عمليات التحسين مع ضرورة وجود الثقة المتبادلة بين الإدارة والعاملين.

11. تعتمد الإدارة سياسة تقديم تقارير دورية وشاملة عن أداء المركز

أجاب معظم أفراد العينة بعدم الموافقة بنسبة (60.6%) على أن الإدارة تعتمد سياسة تقديم دورية وشاملة عن أداء المركز ونسبة (30.8%) غير متأكدين. بينما نسبة الموافقين (8.7%) من أفراد العينة. وبلغ المتوسط الحسابي (2.39) ويقع ضمن متوسط أداة القياس (2.33-3.67) والإنحراف المعياري (.769) ويمكن الإستنتاج أن الإدارة تعتمد سياسة تقديم تقارير دورية وشاملة عن أداء المركز بدرجة متوسطة وهذا لايتفق مع ذكر (جوران، 1988) فالاهتمام بتقديم تقارير دورية وشاملة عن أداء المؤسسة يعتبر من مبادئ إدارة الجودة الشاملة الأساسية.

12.استخدام الوسائل الإحصائية لتحديد المشكلات ومصادرها وكذلك استخدامها لتحسين الأداء

الغالبية العظمى من أفراد العينة أجابو بعدم الموافقة بنسبة (73.1%) على أن استخدام الوسائل الإحصائية لتحديد المشكلات ومصادرها وكذلك استخدامها لتحسين الأداء ونسبة (20.2%) غير متأكدين. بينما كانت نسبة الموافقين (6.7%). وبما أن المتوسط الحسابي (2.15) وهو أدنى من متوسط أداة القياس والإنحراف المعياري (.798). يمكن القول أنه لا يتم استخدام الوسائل الإحصائية لتحديد المشكلات ومصادرها وكذلك استخدامها لتحسين الأداء وهذا لا يتفق مع ما ذكر (ديمنج، 1982) فاستخدام الوسائل الإحصائية لتحديد المشكلات ومصادرها وكذلك استخدامها لتحسين الأداء من مبادئه الأربعة عشر لإدارة الجودة الشاملة.

13. وضع آلية للحصول على معلومات عن رضا المستفيدين من خدمات المركز

أفاد معظم أفراد العينة بنسبة (69.3%) بالموافقة على أنه يتم وضع آلية للحصول على معلومات عن رضا المستفيدين من خدمات المركز ونسبة (15.4%) غير متأكدين. وكانت نسبة غير الموافقين (15.4%) من أفراد العينة. ويبين المتوسط الحسابي (3.70) وهو أعلى من متوسط أداة القياس والإنحراف المعياري (.954). وهذا يتفق مع ذكر (Besterfield, et al., 2003) فيجب على

المؤسسة أن تعتمد في حركتها بشكل أساسي على رغبات العملاء واحتياجاتهم وتوقعاتهم، من خلال اهتمامها بالبيانات والمعلومات المرتدة عن المستفيدين.

14.تركز الإدارة على أهمية التطوير المستمر لكافة خدمات المركز للحصول على رضا طالبي الخدمة.

الغالبية العظمى من أفراد العينة أجابو بالموافقة بنسبة (67.3%) على أن الإدارة تركز على أهمية التطوير المستمر لكافة خدمات المركز للحصول على رضا طالبي الخدمة ونسبة (17.3%) غير متأكدين. وكانت نسبة غيرالموافقين (15.4%). وعند حساب المتوسط الحسابي (3.67) وهو أعلى من متوسط أداة القياس والإنحراف المعياري (966.). ويمكن الإستنتاج أن الإدارة تركز على أهمية التطوير المستمر لكافة خدمات المركز للحصول على رضا طالبي الخدمة، وهذا يتفق مع ما توصل إليه (Rad, 2006) فإدارة الجودة الشاملة تحتاج لدعم الإدارة العليا والتطوير المستمر والتركيز على العملاء.

15. توفير السرعة والمرونة في الإجراءات الطبية المقدمة للمريض.

أجاب معظم أفراد العينة بالموافقة بنسبة (73.1%) على أنه يتم توفير السرعة والمرونة في الإجراءات الطبية المقدمة للمريض ونسبة (14.4%) غير متأكدين. بينما نسبة غير الموافقين (12.5%) من أفراد العينة. وبلغ المتوسط الحسابي (3.72) وهو أعلى من متوسط أداة القياس والإنحراف المعياري (897.). وبهذا يمكن القول أنه يتم توفير السرعة والمرونة في الإجراءات الطبية المقدمة للمريض وهذا يتفق مع ما توصل إليه (Duggirala, et.al, 2008) من أبعاد إدارة الجودة الشاملة كالتركيز على المريض وإدارة العمليات من حيث توفير المرونة في الإجراءات الطبية المقدمة للمريض.

السؤال الثاني: ما هي اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة؟

يلخص الجدول رقم (7) اتجاهات أفراد العينة نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري.

الجدول7 : المتوسطات والإنحرافات المعيارية والتوزيعات التكرارية والنسبية لإتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة

	الخطوات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	موافق التكرار(%)	غير متأكد التكرار(%)	غيرموافق التكرار(%)	المستوى
1	يفضل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز على مراحل وبشكل تدريجي	4.25	.517	97 (93.3%)	4 (3.8%)	3 (2.9%)	مرتفع
2	يفضل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز بشكل كامل ودفعه واحدة	1.88	.741	3 (2.9%)	14 (13.5%)	87 (83.7%)	متدني
3	يفضل تطبيق إدارة الجودة الشاملة من قبل متخصصين من المركز	2.96	1.182	42 (40.4%)	17 (16.3%)	45 (43.3%)	متوسط
4	يفضل تطبيق إدارة الجودة الشاملة من قبل متخصصين من خارج المركز	3.86	.793	77 (74.1%)	20 (19.2%)	7 (6.7%)	مرتفع
5	يفضل الاكتفاء بتدريب رؤساء الأقسام في المركز على إدارة الجودة الشاملة	1.84	.698	3 (2.9%)	6 (5.8%)	95 (91.3%)	متدني
6	يفضل تدريب جميع العاملين في المركز على إدارة الجودة الشاملة	4.39	.614	102 (98.1%)	1 (1.0%)	1 (1.0%)	مرتفع
7	يفضل استخدام النشرات التوعوية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز	3.85	.879	77 (74.0%)	19 (18.3%)	8 (7.7%)	مرتفع
8	يفضل تطبيق إدارة الجودة الشاملة عن طريق التعليمات التي تصدر من الإدارة	4.01	.806	81 (77.9%)	18 (17.3%)	5 (4.8%)	مرتفع
9	يفضل تدريب العاملين في المركز نظرياً على تطبيق إدارة الجودة الشاملة	3.84	.837	78 (75.0%)	19 (18.3%)	7 (6.7%)	مرتفع
10	يفضل تدريب العاملين في المركز عملياً على تطبيق إدارة الجودة الشاملة	4.28	.599	98 (94.2%)	5 (4.8%)	1 (1.0%)	مرتفع

المصدر: نتائج تحليل SPSS

- كما يظهر من النتائج أن توجه أفراد العينة نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة مرتفع بخصوص خطوات التطبيق التالية:

1. تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز على مراحل وبشكل تدريجي بنسبة (93.3%) والمتوسط حسابي (4.25) أعلى من متوسط أداة القياس والانحراف معياري (.517).
2. تدريب جميع العاملين في المركز على إدارة الجودة الشاملة فكانت نسبة الموافقة (98.1%) وبمتوسط حسابي (4.39) أعلى من متوسط أداة القياس والانحراف معياري(.614).
3. تدريب العاملين في المركز عملياً على تطبيق إدارة الجودة الشاملة بنسبة (94.2%) والمتوسط حسابي (4.28) أعلى من متوسط أداة القياس والانحراف معياري(.599).
4. تطبيق إدارة الجودة الشاملة عن طريق التعليمات التي تصدر من الإدارة بنسبة (77.9%) والمتوسط حسابي (4.01) أعلى من متوسط أداة القياس والانحراف معياري (.866).
5. تدريب العاملين بالمركز نظرياً على تطبيق إدارة الجودة الشاملة بنسبة (75.0%) والمتوسط حسابي (3.84) أعلى من متوسط أداة القياس والانحراف معياري (.837).

6. وتطبيق إدارة الجودة الشاملة من قبل متخصصين من خارج المركز بنسبة (74.1%) والمتوسط حسابي (3.86) أعلى من متوسط أداة القياس والانحراف معياري (793.).
7. واستخدام النشرات التوعوية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز بنسبة (74.0%). والمتوسط حسابي (3.85) أعلى من متوسط أداة القياس والانحراف معياري (879.).

- بينما كان توجه أفراد العينة نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة متدني بخصوص خطوات التطبيق التالية:

1. تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز بشكل كامل ودفعة واحدة وكان المتوسط الحسابي (1.88) وهو أدنى من متوسط اأداة القياس والإنحرف المعياري (741.).
2. الإكتفاء بتدريب رؤساء الأقسام في المركز بنسبة (91.3%) ومتوسط حسابي (1.84) وهو أدنى من متوسط اأداة القياس والانحراف معياري(698.).

- وأخيراً كان توجه المستقصى منهم نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة متوسط بخصوص تطبيق إدارة الجودة الشاملة من قبل متخصصين من المركز حيث كانت نسبة موافقين (40.4%) وغير موافقين (43.3%) والمتوسط حسابي (2.96) يقع ضمن متوسط أداة القياس المحصور بين (2.33-3.67) والانحراف معياري(1.182).

ويتضح أن خطوات التطبيق السابقة تتفق مع (ديمنج، 1982) و(كروسبي، 1982) و(جوران، 1988) في تدريب جميع العاملين على إدارة الجودة الشاملة. ويتفق مع (Jablonski,1991) في مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة على مراحل وبشكل تدريجي.

السؤال الثالث: ما معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري؟

يظهر الجدول رقم (8) معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري. حيث تبين أن هذه المعوقات تقسم من حيث وجهة نظر أفراد العينة إلى ثلاثة أقسام وهي مرتبة حسب المتوسط الحسابي كمايلي:

الجدول 8: المتوسطات والإنحرافات المعيارية والتوزيعات التكرارية والنسبية لمعوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

	المعوقات	**المتوسط الحسابي**	**الإنحراف المعياري**	**موافق التكرار(%)**	**غير متأكد التكرار(%)**	**غير موافق التكرار(%)**	**المستوى**
1	عدم وجود معايير دقيقة لقياس الإنتاجية	4.16	.593	95 (91.4%)	8 (7.7%)	1 (1.0%)	مرتفع
2	لا تتوفر البيانات الإحصائية اللازمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة	3.88	.855	79 (76.0%)	18 (17.3%)	7 (6.7%)	مرتفع
3	الإمكانيات المادية المتوفرة حالياً غير كافية لتطبيق الجودة الشاملة	1.98	.847	5 (4.8%)	15 (14.4%)	84 (80.8%)	متدني
4	عدم وجود متخصصين في إدارة الجودة الشاملة	4.62	.527	102 (98.1%)	2 (1.9%)	0 (0.0%)	مرتفع
5	عدم إقامة دورات تدريبية في إدارة الجودة الشاملة	4.54	.590	101 (97.1%)	2 (1.9%)	1 (1.0%)	مرتفع
6	نظرة العاملين الممثلة في أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يهدف إلى التحكم في سلوكياتهم الفردية	2.39	.864	13 (12.5%)	22 (21.2%)	69 (66.4%)	متوسط
7	عدم وجود التشجيع الكافي من الإدارة العليا لتطبيق إدارة الجودة الشاملة	3.63	.946	57 (54.8%)	36 (34.6%)	11 (10.6%)	متزسط
8	نظرة العاملين للجودة الشاملة على أنها خدمة كمالية ترفيهية	2.29	.942	14 (13.4%)	11 (10.6%)	79 (76%)	متدني
9	عدم وجود توزيع منطقي للمهام	3.62	.780	75 (72.2%)	20 (19.2%)	9 (8.7%)	متوسط
10	عدم وجود هيكل تنظيمي واضح	3.72	.599	76 (73.0%)	25 (24.0%)	3 (2.9%)	مرتفع
11	تؤدي الفروق الوظيفية إلى إختلاف في اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة	3.61	.999	62 (59.6%)	26 (25%)	16 (15.4%)	متوسط

المصدر: نتائج تحليل SPSS

أولاً: المعوقات الموجودة بصورة مرتفعة :

1.عدم وجود متخصصين في إدارة الجودة الشاملة بنسبة (98.1%) ومتوسط حسابي (4.62) أعلى من متوسط أداة القياس وانحراف معياري (527.).

2. عدم إقامة دورات تدريبية في إدارة الجودة الشاملة بنسبة (97.1%) ومتوسط حسابي (4.54) أعلى من متوسط أداة القياس وانحراف معياري (590.).

3.عدم وجود معايير دقيقة لقياس الإنتاجية بنسبة (91.4%) ومتوسط حسابي (4.16) أعلى من متوسط أداة القياس وانحراف معياري(593.).

4.لا تتوفرالبيانات الإحصائية اللازمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة بنسبة (76.0%) ومتوسط حسابي (3.88) أعلى من متوسط أداة القياس وانحراف معياري(855.).

5. عدم وجود هيكل تنظيمي واضح بنسبة (73.0%) ومتوسط حسابي (3.72) أعلى من متوسط أداة القياس وانحراف معياري (599.).

ثانياً: المعوقات الموجودة بصورة متوسطة :

1. عدم وجود توزيع منطقي للمهام بنسبة (72.2%) ومتوسط حسابي (3.62) يقع ضمن متوسط أداة القياس وانحرف معياري(780.).

2. نظرة العاملين الممثلة في أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يهدف إلى التحكم في سلوكياتهم الفردية بنسبة (12.5%). ومتوسط حسابي (2.39) يقع ضمن متوسط أداة القياس وانحرف معياري (864.).

3.عدم وجود التشجيع الكافي من الإدارة العليا لتطبيق إدارة الجودة الشاملة بنسبة (54.8%)، ومتوسط حسابي (3.63) يقع ضمن متوسط أداة القياس وانحرف معياري (946.).

4.تؤدي الفروق الوظيفية إلى إختلاف في اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة بنسبة (59.6%) ، ومتوسط حسابي (3.61) يقع ضمن متوسط أداة القياس وانحرف معياري (999.).

ويتضح مما سبق من معوقات أنها تتفق مع ما ذكر (Besterfield, et al., 2003) من معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

ثالثاً: المعوقات الموجودة بصورة متدنية:

1.الإمكانيات المادية المتوفرة حالياً غير كافية لتطبيق الجودة الشاملة بنسبة (4.8%). ومتوسط حسابي (1.98) أدنى من متوسط أداة القياس وانحرف معياري(847.).

2. نظرة العاملين للجودة الشاملة على أنها خدمة كمالية ترفيهية بنسبة (13.4%). ومتوسط حسابي (2.29) أدنى من متوسط أداة القياس وانحراف معياري(942.).

ويرى الباحث أن هذه المعوقات غير موجودة مما يدل على إن الإمكانات المادية متوفرة حالياً، كما إن العاملون لا ينظرون إلى إدارة الجودة الشاملة على أنها خدمة كمالية ترفيهية.

السؤال الرابع : ما مدى إسهام تطبيق إدارة الجودة الشاملة في حل المشكلات التنظيمية في المركز الوطني للسكري؟

الجدول 9: المتوسطات والإنحرافات المعيارية والتوزيعات التكرارية والنسبية لمساهمات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في حل المشاكل التنظيمية.

	المساهمات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	موافق التكرار(%)	غير متأكد التكرار(%)	غير موافق التكرار(%)	المستوى
1	يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى تحسين الأداء	4.34	.758	94 (90.4%)	6 (5.8%)	4 (3.8%)	مرتفع
2	يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى حسن استخدام الآلات والمعدات	3.73	.927	68 (65.3%)	23 (22.1%)	13 (12.5%)	مرتفع
3	يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى تعزيز التعاون بين العاملين في الإدارة	3.82	.868	78 (75.0%)	14 (13.5%)	12 (11.5%)	مرتفع
4	يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى رفع معدل رضا العاملين	4.06	.943	83 (79.8%)	10 (9.6%)	11 (10.6%)	مرتفع
5	إدارة الجودة الشاملة سوف تساعد في رفع معدل رضا الجهات الأخرى المتعاملة مع المركز في حال تطبيقها	3.98	.995	76 (73.1%)	16 (15.4%)	12 (11.5%)	مرتفع
6	يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى ارتفاع رضاالمراجعين المستفيدين من الخدمات	4.42	.692	96 (92.3%)	6 (5.8%)	2 (1.9%)	مرتفع
7	تطبيق إدارة الجودة الشاملة يسهل عملية التخلص من الأخطاء قبل وقوعها	3.55	.923	66 (63.5%)	18 (17.3%)	20 (19.2%)	مرتفع
8	تطبيق إدارة الجودة الشاملة يجعل اتخاذ القرار مستنداً على الحقائق	3.59	.910	65 (62.5%)	22 (21.2%)	17 (16.3%)	مرتفع

المصدر: نتائج تحليل SPSS

يظهرمن الجدول رقم (9) مساهمة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في حل المشاكل التنظيمية في المركز الوطني للسكري، حيث كانت إجابات أفراد العينة بالموافقة مرتفعة بخصوص مساهمة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في حل المشاكل التنظيمية التالية :

1. يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى ارتفاع رضا المراجعين المستفيدين من الخدمات بلغت نسبة الموافقة (92.3%) والمتوسط الحسابي (4.42) أعلى من متوسط أداة القياس والانحراف المعياري (692.).

2. يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى تحسين الأداء وكانت نسبة الموافقة (90.4%) والمتوسط الحسابي (4.34) أعلى من متوسط أداة القياس والانحراف المعياري (758.).

3. تطبيق إدارة الجودة الشاملة يؤدي إلى رفع معدل رضا العاملين حيث بلغت نسبة الموافقة (79.8%) والمتوسط الحسابي (4.06) أعلى من متوسط أداة القياس والانحراف المعياري (943.).

4.يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى تعزيز التعاون بين العاملين في الإدارة ونسبة الموافقة (75.0%) والمتوسط الحسابي (3.82) أعلى من متوسط أداة القياس والانحراف المعياري (868.).

5.إدارة الجودة الشاملة تساعد في رفع معدل رضا الجهات الأخرى المتعاملة مع المركز في حال تطبيقها حيث أن نسبة الموافقة (73.1%) والمتوسط الحسابي (3.98) أعلى من متوسط أداة القياس والانحراف المعياري (995.).

6.يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى حسن استخدام الآلات والمعدات وكانت نسبة الموافقة (65.3%) والمتوسط الحسابي (3.73) أعلى من متوسط أداة القياس والإنحراف المعياري (927.).

- وكانت اجابات أفراد العينة بالموافقة متوسطة بخصوص مساهمة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في حل المشاكل التنظيمية التالية:

1. تطبيق إدارة الجودة الشاملة يسهل عملية التخلص من الأخطاء قبل وقوعها وبلغت نسبة الموافقة (63.5%) والمتوسط الحسابي (3.55) يقع ضمن متوسط أداة القياس والإنحراف المعياري (923.).

2. تطبيق إدارة الجودة الشاملة يجعل اتخاذ القرار مستنداً على الحقائق ونسبة الموافقة (62.5%) والمتوسط الحسابي (3.59) يقع ضمن متوسط أداة القياس والإنحراف المعياري(910.).

ويتفق ما سبق من مساهمة إدارة الجودة الشاملة في حل المشاكل التنظيمية مع ما ذكر (Trunk,1992) من فوائد لإدارة الجودة الشاملة. كما يتفق مع ما أشار إليه (عبوي، 2006) من أهداف إدارة الجودة الشاملة.

3-4. نتائج اختبار One Way ANOVA واختبار Chi Square

السؤال الخامس: ما أثر الفروق الديموغرافية على استجابات عينة الدراسة؟

تم دراسة أثر الفروق الديموغرافية على استجابات عينة الدراسة من خلال بيان أثر الفروق الديموغرافية على مستوى معرفتهم بمبادئ إدارة الجودة الشاملة واتجاهاتهم نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة ومعوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة وإسهام تطبيق إدارة الجودة الشاملة في حل المشكلات التنظيمية في المركز الوطني للسكري.

1-3-4. نتائج اختبار One Way ANOVA

أولاً: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز الوطني للسكري تعزى للفروق الديموغرفية.

استخدم التحليل الإحصائي One Way ANOVA لمعرفة إذا ماكانت هناك أية فروق ذات دلالة إحصائية للمبادئ الخمسة عشر(المذكورة في الجزء الثاني من الإستبانة) والتى تقيس مستوى معرفة العاملين بمبادئ إدارة الجودة الشاملة تعزى للعوامل الديموغرافية كالجنس والعمر والمستوى التعليمي والتخصص والمستوى الوظيفي والعمل السابق في مستشفى أخر وسنوات الخبرة في العمل الحالي والعمل السابق. ويلخض الجدول رقم (10) و(11) أثر الفروق الديموغرافية على مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز الوطني للسكري كالتالي:

1. الجنس: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز تعزى للجنس، حيث أن قيمة P (0.332) وهي قيمة ليست ذات دلالة إحصائية كونها أكبر من (0.05) وهذا يعني عدم وجود تأثير للجنس على مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز.

2. العمر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز تعزى للعمر، حيث أن قيمة P (0.093) وهي قيمة ليست ذات دلالة إحصائية كونها أكبر من (0.05) إلا أنها في الإتجاه الصحيح وهذا يعني عدم وجود تأثير للعمر على مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز.

3. المستوى التعليمي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز تعزى للمستوى التعليمي. حيث أن قيمة P (0.014) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية كونها أقل من (0.05) وهذا يعني وجود تأثير للمستوى التعليمي على مستوى المعرفة

بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز. وتبين قيمة P أن هناك فروق في مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة بين الذين أكملو دراسات عليا وبين حملة الثانوية العامة.

الجدول 10 : فروقات مستوى المعرفة مع العوامل الديموغرافية (الجنس والعمر والمستوى التعليمي)

العوامل الديموغرافية		المتوسط الحسابي (±انحراف المعياري)	قيم F	قيم P	فرق المتوسطات
الجنس	ذكر	38.6 (5.5)	0.95	0.332	
	انثى	39.6 (4.9)			
العمر			2.2	0.093	
	20 وأقل من 24 سنة	38 (3.7)			
	24 وأقل من 29 سنة	41 (4.9)			
	29 وأقل من 34 سنة	39.7 (6.5)			
	34 وأقل من 39 سنة	41 (6.7)			
	39 سنة فما فوق	41.6 (2.8)			
المستوى التعليمي			3.32	0.014	-7.4
	ثانوية عامة	38.0(4.5)		**	
	دبلوم	40.3(4.1)			
	بكالويوس	41.1(2.5)			
	درسات عليا	45.4(8.7)		**	

المصدر: نتائج تحليل SPSS

* و ** توجود فروقات

4. التخصص: توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز تعزى للتخصص. حيث أن قيمة P (0.007) كما يظهر من الجدول رقم (11) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية كونها أقل من (0.05) وهذا يعني وجود تأثير للتخصص على مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز. وتبين قيمة P أن هناك فروق في مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة بين الأطباء والصيادلة وبين المحاسبين.

5. المستوى الوظيفي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز تعزى للمستوى الوظيفي. حيث أن قيمة P (0.002) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية كونها أقل من (0.05) وهذا يعني وجود تأثير للمستوى الوظيفي على مستوى المعرفة

بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز. وتبين قيمة P أن هناك فروق في مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة بين المدراء ورؤساء الأقسام وبين العاملين.

6. العمل السابق في مستشفى أخر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز تعزى للعمل السابق في مستشفى أخر، حيث أن قيمة P (0.394) وهي قيمة ليست ذات دلالة إحصائية كونها أكبر من (0.05) وهذا يعني عدم وجود تأثير للعمل السابق على مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز.

7. سنوات الخبرة في العمل الحالي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز تعزى لسنوات الخبرة في العمل الحالي، حيث أن قيمة P (0.073) وهي قيمة ليست ذات دلالة إحصائية كونها أكبر من (0.05) ولكنها في الإتجاه الصحيح، وهذا يعني عدم وجود تأثير لسنوات الخبرة في العمل الحالي على مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز.

8. سنوات الخبرة في العمل السابق: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز تعزى لسنوات الخبرة في العمل السابق، حيث أن قيمة P (0.19) وهي قيمة ليست ذات دلالة إحصائية كونها أكبر من (0.05) وهذا يعني عدم وجود تأثير لسنوات الخبرة في العمل السابق على مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز.

جدول 11 : فروقات مستوى المعرفة مع العوامل الديموغرافية (التخصص والمستوى الوظيفي والعمل السابق في مستشفى أخر وسنوات الخبرة في العمل الحالي والعمل السابق)

العوامل الديموغرافية		المتوسط الحسابي (±انحراف المعياري)	قيم F	قيم P	فرق المتوسطات
التخصص			2.99	0.007	
	طبيب	41.7 (2.9)		**	طبيب - محاسب
	صيدلي	41.7 (5.9)		*	(6.8)
	فني مختبر	38.9 (1.3)			صيدلي- محاسب
	ممرض	36.7 (3.3)			(6.8)
	محاسب	34.9 (4.6)		*/**	
	إداري	38.9 (8.5)			
	موظف سجلات طبية	40.4 (3.5)			
	أخرى	38.8 (3.0)			
المستوى الوظيفي			6.58	0.002	
	مدير	47.5 (6.4)		**	مدير- موظف
	رئيس قسم	44.3 (8.2)		**	(8.7)
	موظف	38.7 (4.7)			رئس قسم – موظف
					(5.6)
العمل السابق في مستشفى أخر	نعم	39.8 (5.1)	0.73	0.394	
	لا	38.9 (5.3)			
سنوات الخبرة في العمل الحالي	أقل من سنة	36.7 (3.1)	2.39	0.073	
	1-2 سنة	38.8 (5.9)			
	3-4 سنة	41.6 (2.8)			
سنوات الخبرة في العمل السابق	4-1سنة	39.2 (5.1)	1.73	0.19	
	9-5 سنة	43.0 (3.6)			
	أكثر من 10 سنوات	42.3 (9.1)			

المصدر: نتائج تحليل SPSS

* و ** توجود فروقات

2-3-4. نتائج إختبار Chi-square

استخدم إختبار التحليل الإحصائي Chi-square test لبيان الفروقات في إتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة ومعوقات تطبيقها ومدى مساهمة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في حل المشاكل التنظيمية في المركز التى تعزى للعوامل الديموغرافية.

ثانياً : هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري تعزى للفروق الديموغرفية.

يظهر من الجدول رقم (12) قيم P عند مقارنة الفروقات في اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة مع العوامل الديموغرافية.

الجدول 12 :قيم P عند مقارنة اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة مع العوامل الديموغرافية.

الخطوات	قيم P الجنس	قيم P العمر	قيمP المستوى التعليمي	قيمP التخصص	قيم P المستوى الوظيفي	قيم P العمل السابق	قيم P سنوات الخبرة في العمل الحالي	قيم P سنوات الخبرة في العمل السابق
يفضل تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمركز على مراحل وبشكل تدريجي	0.64	0.30	0.51	0.99	0.28	0.54	0.45	0.51
يفضل تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمركز بشكل كامل ودفعه واحدة	0.16	0.44	0.94	0.97	0.36	0.54	0.69	0.81
يفضل تطبيق إدارة الجودة الشاملة من قبل متخصصين من المركز	0.11	0.10	0.50	**0.001***	0.56	0.18	0.06	0.56
يفضل تطبيق إدارة الجودة الشاملة من قبل متخصصين من خارج المركز	0.44	0.87	0.61	0.48	0.54	0.89	0.58	**0.04***
يفضل الاكتفاء بتدريب رؤساء الأقسام في المركز على إدارة الجودة الشاملة	0.29	0.85	0.41	0.65	0.99	0.85	0.99	0.99
يفضل تدريب جميع العاملين في المركز على إدارة الجودة الشاملة	0.62	0.99	0.99	0.33	0.99	0.650	0.99	0.30
يفضل استخدام النشرات التوعوية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز	0.54	0.13	0.71	0.51	0.28	0.94	**0.003***	**0.02***
يفضل تطبيق إدارة الجودة الشاملة عن طريق التعليمات التي تصدر من الإدارة	0.55	0.28	**0.05***	0.31	**0.002***	0.33	0.56	0.27
يفضل تدريب العاملين في المركز نظرياً على تطبيق إدارة الجودة الشاملة	0.64	0.21	0.59	**0.002***	0.09	0.33	0.61	0.25
يفضل تدريب العاملين في المركز عملياً على تطبيق إدارة الجودة الشاملة	0.10	0.83	0.99	0.89	0.99	0.64	0.42	0.66

المصدر نتائج تحليل SPSS

*Pذات دلالة إحصائية عند مستوى أقل أو يساوي (0.05)

1. الجنس: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز تعزى للجنس، ويبين الجدول رقم (12) جميع قيم P الخاصة بالجنس أكبر من (0.05).

2. العمر: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز تعزى للعمر ، ويبين الجدول رقم (12) جميع قيم P للعمر أكبر من (0.05).

3. المستوى التعليمي: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز تعزى للمستوى التعليمي بشكل عام، ولكن توجد فروق ذات دلالة إحصائية بشكل خاص في تفضيلهم لتطبيق إدارة الجودة الشاملة عن طريق التعليمات التي تصدر من الإدارة تعزى للمستوى التعليمي حيث أن قيمة P (0.05) أما قيم P الآخرى التى تعزى للمستوى التعليمي فهي أكبر من (0.05) كما يظهر في الجدول رقم (12)

4. التخصص: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز تعزى للتخصص بشكل عام، ولكن توجد فروق ذات دلالة إحصائية بشكل خاص في تفضيلهم لتطبيق إدارة الجودة الشاملة من قبل متخصصين من المركز تعزى للتخصص حيث أن قيمة P (0.001) وهي أقل من (0.05). وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في تفضيلهم لتدريب العاملين في المركز نظرياً على تطبيق إدارة الجودة الشاملة تعزى للتخصص حيث أن قيمة P (0.002) وهي أقل من (0.05). أما قيم P الآخرى والتى تعزى للتخصص فهي أكبر من (0.05) كما يظهر في الجدول رقم (12).

5. المستوى الوظيفي: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز تعزى للمستوى الوظيفي بشكل عام، ولكن توجد فروق ذات دلالة إحصائية بشكل خاص في تفضيلهم لتطبيق إدارة الجودة الشاملة عن طريق التعليمات التي تصدر من الإدارة تعزى للمستوى الوظيفي، حيث أن قيمة P (0.002) وهي أقل من (0.05). أما قيم P الآخرى والتى تعزى للمستوى الوظيفي فهي أكبر من (0.05) كما يظهر في الجدول رقم (12).

6. العمل السابق في مستشفى آخر: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز تعزى للعمل السابق، ويبين الجدول رقم (12) جميع قيم P للعمل السابق في مستشفى آخر أكبر من (0.05).

7. سنوات الخبرة في العمل الحالي: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز تعزى لسنوات الخبرة في العمل الحالي بشكل عام ولكن توجد فروقات ذات دلالة إحصائية لتفضيلهم استخدام النشرات التوعوية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز ، حيث أن قيمة P (0.003) وهي أقل من (0.05). أما قيم P الآخرى والتى تعزى لسنوات الخبرة في العمل الحالي فهي أكبر من (0.05) كما يظهر في الجدول رقم (12).

8. سنوات الخبرة في العمل السابق: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز تعزى لسنوات الخبرة في العمل السابق بشكل عام ولكن توجد فروقات ذات دلالة إحصائية لتفضيلهم تطبيق إدارة الجودة الشاملة من قبل متخصصين من المركز، حيث أن قيمة P (0.04) وهي أقل من (0.05). كما توجد فروقات ذات دلالة إحصائية لتفضيلهم استخدام النشرات التوعوية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز، حيث أن قيمة P (0.02) وهي أقل من (0.05). أما قيم P الآخرى والتى تعزى لسنوات الخبرة في العمل السابق فهي أكبر من (0.05) كما يظهر في الجدول رقم (12).

ويرى الباحث أنه يمكن الإستعانة بما سبق من فروقات في إتجاهات العاملين تعزى للعوامل الديموغرافية عند الإعداد والتخطيط لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز، حيث يمكن إعداد برامج تدريبية خاصة تتناسب والعمر والتخصص والمستوى الوظيفي والمستوى التعليمي وسنوات الخبرة.

ثالثا : هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري تعزى للفروق الديموغرفية

ويظهر الجدول رقم (13) قيمة P عند مقارنة الفروقات في معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة مع العوامل الديموغرافية.

الجدول 13 :قيم P عند مقارنة معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة مع العوامل الديموغرافية.

المعوقات	قيم P الجنس	قيم P العمر	قيمP المستوى التعليمي	قيمP التخصص	قيم P المستوى الوظيفي	قيم P العمل السابق	قيم P سنوات الخبرة في العمل الحالي	قيم P سنوات الخبرة في العمل السابق
عدم وجود معايير دقيقة لقياس الإنتاجية	0.13	0.68	0.41	0.21	0.27	0.57	0.29	0.12
لا تتوفر البيانات الإحصائية اللازمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة	0.99	0.87	0.89	0.98	0.30	0.87	0.33	0.50
الإمكانيات المادية المتوفرة حالياً غير كافية لتطبيق الجودة الشاملة	0.52	0.86	0.53	0.06	0.80	0.92	0.61	0.40
عدم وجود متخصصين في إدارة الجودة الشاملة	0.52	0.99	0.59	0.99	0.15	0.16	0.16	0.51
عدم إقامة دورات تدريبية في إدارة الجودة الشاملة	0.15	0.26	0.13	0.22	0.99	0.50	0.59	0.51
نظرة العاملين الممثلة في أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يهدف إلى التحكم في سلوكياتهم الفردية	0.29	**0.04***	0.18	0.18	0.19	**0.01***	0.23	0.20
عدم وجود التشجيع الكافي من الإدارة العليا لتطبيق إدارة الجودة الشاملة	0.56	0.97	0.38	0.99	**0.01***	0.54	0.15	0.26
نظرة العاملين للجودة الشاملة على أنها خدمة كمالية ترفيهية	0.79	0.60	0.44	0.78	0.17	0.76	0.46	0.37
عدم وجود توزيع منطقي للمهام	0.16	0.21	**0.01***	**0.001***	**0.04***	0.33	0.43	0.19
عدم وجود هيكل تنظيمي واضح	0.61	0.70	0.47	0.10	0.21	0.71	**0.02***	0.42
تؤدي الفروق الوظيفية إلى إختلاف في اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة	0.19	0.61	0.59	0.41	0.74	0.51	0.73	**0.03***

المصدر نتائج تحليل SPSS

*Pذات دلالة إحصائية عند مستوى أقل أو يساوي (0.05)

1.الجنس: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز تعزى للجنس ، ويبين الجدول رقم (13) جميع قيم P الخاصة بالجنس أكبر من (0.05).

2.العمر: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز تعزى للعمر بشكل عام ولكن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نظرة العاملين المتمثلة في أن

تطبيق إدارة الجودة الشاملة يهدف الى التحكم في سلوكياتهم الفردية حيث أن قيمة P (0.04) وهي أقل من(0.05). أما قيم P الآخرى والتى تعزى للعمر فهي أكبر من (0.05) كما يظهر في الجدول رقم (13)

3.المستوى التعليمي: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز تعزى للمستوى التعليمي بشكل عام، ولكن توجد فروق ذات دلالة إحصائية بشكل خاص في إحدى المعوقات وهي عدم وجود توزيع منطقي للمهام تعزى للمستوى التعليمي حيث أن قيمة P (0.01) وهي أقل من (0.05). أما قيم P الآخرى والتى تعزى للمستوى التعليمي فهي أكبر من (0.05) كما يظهر في الجدول رقم (13).

4.التخصص: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز تعزى للتخصص بشكل عام، ولكن توجد فروق ذات دلالة إحصائية بشكل خاص في معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة وهي عدم وجود توزيع منطقي للمهام تعزى للتخصص حيث أن قيمة P (0.001) وهي أقل من (0.05). أما قيم P الآخرى والتى تعزى التخصص فهي أكبر من (0.05) كما يظهر في الجدول رقم (13).

5.المستوى الوظيفي: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز تعزى للمستوى الوظيفي بشكل عام، ولكن توجد فروق ذات دلالة إحصائية بشكل خاص في إثنتين من معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة تعزى للمستوى الوظيفي. الأولى: عدم وجود التشجيع الكافي من الإدارة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، حيث أن قيمة P (0.01) وهي أقل من (0.05)، والثانية: عدم وجود توزيع منطقي للمهام وقيمة P(0.04) أقل من (0.05). أما قيم P الآخرى والتى تعزى للمستوى الوظيفي فهي أكبر من (0.05) كما يظهر في الجدول رقم (13).

6.العمل السابق في مستشفى آخر: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز تعزى للعمل السابق بشكل عام ولكن توجد فروق ذات دلالة إحصائية بشكل خاص في نظرة العاملين المتمثلة في أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يهدف الى التحكم في سلوكياتهم الفردية تعزى للعمل السابق، حيث أن قيمة P (0.04) وهي أقل من(0.05)، أما قيم P الآخرى والتى تعزى للعمل السابق فهي أكبر من (0.05) كما يظهر في الجدول رقم (13).

7.سنوات الخبرة في العمل الحالي: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز تعزى لسنوات الخبرة في العمل الحالي بشكل عام ولكن توجد فروقات

ذات دلالة إحصائية لإحدى معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز تتمثل في عدم وجود هيكل تنظيمي واضح تعزى لسنوات الخبرة في العمل الحالي، حيث أن قيمة P (0.02) وهي أقل من (0.05)، أما قيم P الآخرى والتى تعزى لسنوات الخبرة في العمل الحالي أكبر من (0.05) كما يظهر في الجدول رقم (13)

8.سنوات الخبرة في العمل السابق: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز تعزى لسنوات الخبرة في العمل السابق بشكل عام ولكن توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في أن الفروق الوظيفية تؤدي الى اختلاف في اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة تعزى لسنوات الخبرة في العمل السابق، حيث أن قيمة P (0.03) وهي أقل من (0.05). أما قيم P الآخرى والتى تعزى لسنوات الخبرة في العمل السابق فهي أكبر من (0.05) كما يظهر في الجدول رقم (13).

رابعاً : هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مساهمة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في حل المشكلات التنظيمية بالمركز الوطني للسكري تعزى للفروق الديموغرفية.

ويبين الجدول رقم (14) قيمة P عند مقارنة الفروقات في مساهمة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في حل المشاكل التنظيمية في المركز مع العوامل الديموغرافية أنه لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للعومل الديموغرافية كالجنس والعمر والمستوى التعليمي والمستوى الوظيفي وسنوات الخبرة الحالية والسابقة. بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مساهمة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في حل المشاكل التنظيمية في المركز تعزى للتخصص والعمل السابق كالاتي:

1.التخصص: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مساهمة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في حسن استخدام الالآت والمعدات في المركز تعزى للتخصص، حيث أن قيمة P (0.007) اقل من (0.05).أما قيم P الاخرى الخاصة بالتخصص أكبر من (0.05) كما يظهر في الجدول(14).

2.العمل السابق في مستشفى أخر: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مساهمة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في تعزيز التعاون بين العاملين تعزى للعمل السابق، حيث أن قيمة P (0.03) اقل من (0.05). أما قيم P الاخرى والتى تعزى العمل السابق فهي أكبر من (0.05) كما يظهر في الجدول(14).

الجدول 14: قيم P عند مقارنة مساهمات تطبيق إدارة الجودة الشاملة مع العوامل الديموغرافية.

المساهمات	قيم P الجنس	قيم P العمر	قيمP المستوى التعليمي	قيمP التخصص	قيم P المستوى الوظيفي	قيم P العمل السابق	قيم P سنوات الخبرة في العمل الحالي	قيم P سنوات الخبرة في العمل السابق
يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى تحسين الأداء	0.67	0.92	0.52	0.18	0.15	0.40	0.21	0.99
يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى حسن استخدام الآلات والمعدات	0.054	0.82	0.48	**0.007***	0.07	0.99	0.07	0.99
يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى تعزيز التعاون بين العاملين في الإدارة	0.99	0.30	0.99	0.26	0.28	**0.03***	0.23	0.20
يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى رفع معدل رضا العاملين	0.47	0.67	0.92	0.84	0.17	0.13	0.78	0.34
إدارة الجودة الشاملة سوف تساعد في رفع معدل رضا الجهات الأخرى المتعاملة مع المركز في حال تطبيقها	0.65	0.75	0.30	0.34	0.12	0.65	0.86	0.99
يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى ارتفاع رضاالمراجعين المستفيدين من الخدمات	0.67	0.34	0.054	0.08	0.99	0.08	0.13	0.99
تطبيق إدارة الجودة الشاملة يسهل عملية التخلص من الأخطاء قبل وقوعها	0.99	0.06	0.18	0.53	0.36	0.58	0.95	0.99
تطبيق إدارة الجودة الشاملة يجعل اتخاذ القرار مستنداً على الحقائق	0.23	0.22	0.34	0.47	0.06	0.63	0.49	0.34

المصدر :نتائج التحليل SPSS **P* ذات دلالة إحصائية عند مستوى أقل أو يساوي (0.05)**

4-4. نتائج التحليل الإحصائي لأسئلة الدراسة

السؤال السادس: ما هي الاقتراحات والحلول المناسبة التى تعالج مشكلات تطبيق إدارة الجودة الشاملة ومعوقاتها في المركز الوطني للسكري ؟

ترك الباحث في هذا السؤال مساحة حرة للمستقصى منهم لإبداء ما يرونه مناسباً حول مكان عملهم، علماً بأنه تم وضع بعض العناصر للمستقصى منهم للكتابة حولها، وحتى يكون هناك نوع من التوجيه الموحد لتلك المقترحات، ولكي يكون تحليل تلك الآراء والمقترحات بشكل أفضل وذلك على النحو التالي:

1. اقتراحات لتطوير وتحسين وتقديم الخدمة للمستفيدين.
2. اقتراحات لتطوير إجراءات العمل.
3. اقتراحات لتطوير مهارات العاملين.
4. اقتراحاتكم لتطوير أنظمة العمل في المركز.

ويرى الباحث أن عينة الدراسة تناولت هذا السؤال بالعديد من الإقتراحات في صورة أفكار جديدة لتطوير أساليب العمل أو إظهار بعض السلبيات التى يعاني منها العاملون في إشارة إلى أن تلك السلبيات تقف عائق لتطوير العمل.

وقد بلغ عدد الذين شاركوا في الإجابة على أسئلة الإستبانة المفتوحة (64) عاملاً، أي أن النسبة بلغت ما يقارب (62%) من عدد العاملين.

وقد قام الباحث بعد الإطلاع على كافة تلك المقترحات بتقسيمها إلى فئات ووضع نسبة لكل فئة من تلك العناصر كما يظهر في الجدول رقم (15) وذلك على النحو التالي:

أولاً: متطلبات تدريبية

حيث إتضح للباحث أن أفراد عينة الدراسة يعانون من قلة البرامج التدريبية المطروحة لمجتمع الدراسة، كما أنه ومن خلال الآراء المطروحة والمقترحات يتضح أن الجانب التدريبي يشغل الحيز الأكبر في المطالبة من قبل عينة الدراسة، وقد كانت الآراء والمقترحات حول هذا المطلب تتمثل فيمايلي:

1.وضع برامج تدريبية تخصصية تتناسب مع المهام الموكولة لهم في المركز، وبالقدر الذي يلبي إحتياجات كافة العاملين، وقد بلغ عدد الذين طالبوا بهذه البرامج (60) عاملاً، أي بما نسبته (58%) من عدد العاملين.

3.عقد دورات تدريبية بموضوع العلاقات العامة ومعاملة الجمهور لتمكينهم من التعامل مع جميع المرضى وحل المشاكل التى يتعرضون لها أثناء تقديم الخدمة للمرضى. وقد بلغ عدد الذين اقترحوا هذه النوع من البرامج (45) عاملاً، أي بما نسبته (43%) من عدد العاملين.

4.عقد دورات تدريبية في الحاسوب لتحسين كفاءتهم عند استخدام الحاسوب من حيث السرعة والدقة في إنجاز عملهم ، وبلغ عدد المستقصى منهم ممن طالبوا بهذا النوع من التدريب (38) عاملاً، أي ما نسبته (37%) من عددالعاملين.

ثانياً: متطلبات إدارية تنظيمية

تطرّق أفراد العينة لبعض المتطلبات الإدارية والتنظيمية وقد جُمعت وصُنفت حسب الجوانب الإدارية والتنظيمية، حيث أنهما مرتبطان أو مكملان لبعضهما البعض لأن تحقيق أوتنفيذ تلك المتطلبات أو بعضها يشترك فيه الجانب الإداري والتنظيمي، والمتطلبات التى طالب بها أفراد العينة يمكن عرضها على النحو التالي:

1. توزيع وتحديد المهام بشكل واضح بحيث يعرف كل عامل ما هي الخدمة المسؤول عن تقديمها للمستفيد، ويرى الباحث أن تحديد المهام الموكولة لكل عامل يؤدي الى تجنب الكثير من الأخطاء التى من أهمها الإزدواجية، إضافة إلى هدر الجهد والوقت، وقد بلغ عدد العاملين الذين طالبوا بتوزيع وتحديد االمهام (34) عامل، أي مانسبته (33%) من عدد العاملين.

2. قياس رضا المستفيدين من الخدمة واقترح العاملون توزيع استبانة على المستفيدين ووضع صندوق للإقتراحات ويرى الباحث أن قياس رضا المستفيدين من الخدمة يقدم تقيماً لمستوى الخدمات المقدمة ويساعد في عملية التحسين، وبلغ عدد الذين طالبوا بقياس رضا المستفيدين (29) عاملاً، أي ما نسبته (28%) من عدد العاملين.

3.إجراء تقيم دوري للعاملين لتقيم أدآءهم يعتمد على الإنتاجية وجودة العمل، ويرى الباحث أن إجراء مثل هذا التقيم يحث العاملين على تحسين أدائهم ويساعد الإدارة على مراقبة العاملين وسلوكياتهم. وكان عدد الذين طالبوا بإجراء تقيم دوري للعاملين (54) عامل، أي ما نسبته (52%) من عدد العاملين.

4.عقد اجتماعات دورية للعاملين مع الإدارة للوقوف على اقتراحاتهم ومناقشة احتياجاتهم ومشاكلهم وطرق حلها. وبلغ عدد العاملين الذين طالبوا بعقد اجتماعات دورية (28)عامل، أي مانسيته (27%) من عدد العاملين.

5. تحديد الهيكل التنظيمي وتوضيح تسلسل العمل لكافة العاملين. ويرى الباحث أنه من خلال الهيكل التنظيمي يمكن تحديد المهام والواجبات وتنظيم المرجعية للعاملين. وكان عدد العاملين الذي طالبوا بتحديد الهيكل التنظيمي (26) عامل، أي ما نسبته (25%) من عدد العاملين.

6. تشكيل فرق عمل. ويرى الباحث أن العمل بروح الفريق يهدف إلى إزالة الحواجز بين الأقسام وتقديم خدمة أفضل للمستفيد. وبلغ عدد العاملين الذين طالبوا بتشكيل فرق عمل (33) عامل، أي مانسبته (32%) من عدد العاملين.

ثالثاً : متطلبات تحفيزية إجتماعية

1.إعطاء العاملين كافة حقوقهم الوظيفية كاملة دون نقصان. ويرى الباحث أن التقصير في ذلك له مردود سلبي على العاملين وعلى المركز. وكان عدد العاملين الذين طالبوا بإعطاء العاملين كافة حقوقهم (45) عاملاً أي ما نسبته (43%) من عدد العاملين.

2.اعتماد نظام حوافز مبني على أساس الانتاجية وجودة العمل. ويرى الباحث أن اعتماد مثل هذا النظام يشجع العاملين على تحسين آدائهم بشكل مستمر. وبلغ عدد العاملين الذين طالبوا بنظام للحوافز (60) عامل أي مانسبته (58%) من عدد العاملين.

رابعاً : متطلبات تقنية

1.العمل على حوسبة المركز بالكامل. ويرى الباحث أن العمل على حوسبة المركز بالكامل يوفر قاعدة معلومات شاملة يمكن الإستفادة منها في سرعة وسهولة توصيل البيانات وتنظيمها. كان عدد العاملين الذين طالبوا بالعمل على حوسبة المركز (45) عامل أي مانسبته (44%) من عدد العاملين.

جدول 15: المتطلبات المقترحة بالنسب المئوية.

المتطلبات	عناصر المتطلبات	النسبة المئوية
متطلبات تدريبية	وضع برامج تدريبية تخصصية	%58
	عقد دورات تدريبية بموضوع العلاقات العامة ومعاملة الجمهور	%43
	عقد دورات تدريبية في الحاسوب	%37
متطلبات إدارية تنظيمية	توزيع المهام بشكل واضح	%33
	قياس رضا المستفيد من الخدمة	%28
	إجراء تقيم دوري للعاملين	%52
	عقد اجتماعات دورية للعاملين مع الإدارة	%27
	تحديد الهيكل التنظيمي وتوضيح تسلسل العمل لكافة الموظفين	%25
	تشكيل فرق عمل	%32
متطلبات تحفيزية إجتماعية	إعطاء العاملين كافة حقوقهم الوظيفية	%43
	اعتماد نظام حوافز مبني على أساس الإنتاجية وجودة العمل	%58
متطلبات تقنية	العمل على حوسبة المركز بالكامل	%44

المصدر: الأسئلة المفتوحة بالإستبانة

الفصل الخامس : الإستنتاجات والتوصيات

5-1. الإستنتاجات من تحليل الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة

5-2. الإستنتاجات من التحليل الإحصائي لاسئلة الدراسة.

5-3. اقتراح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري

5-4. التوصيات

الإستنتاجات والتوصيات

تم إجراء هذه الدراسة بغرض معرفة امكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري وتم التوصل الى مجموعة من النتائج من خلال التحليل الإحصائي ويمكن إيجاز أهم هذه النتائج فيمايلي:

5-1. الإستنتاجات من تحليل الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة

أظهت النتائج أن العينة تحوي 104 عاملاً غالبيتهم من الإناث (61.5%) وقد وقعت أعمارهم بين 25 و29 سنة (50%) وكانت النسبة العظمى من المجيبين من حملة البكالوريوس (64.4%) موزعة بين مختلف التخصصات: الأطباء (15.4%)، والصيادلة (8.7%)، وفني المختبر (13.5%)، والممرضيين (12.5%)، والمحاسبين (10.6%)، والإداريين (15.4%)، وموظفي السجلات الطبية (16.3%)، والتخصصات الأخرى (7.7%).

وتشمل عينة الدراسة على 6 مدراء(5.8%) وإثان من رؤساء الأقسام(1.9%). و نسبة جيدة من العاملين (35.6%) قد عملوا في مستشفيات سابقاً قبل عملهم في المركز وتتراح سنوات الخبرتهم بين سنة وأربع سنوات (56.7%). والنسبة العظمى من العاملين تتراوح مدة عملهم في المركز من سنة إلى أربع سنوات(78.9%). ويرى الباحث أنه يمكن الإستفادة من حداثة المركز في سهولة تبني أي نظام إداري حديث أوتشكيل ثقافة جديدة.

5-2. الإستنتاجات من التحليل الإحصائي لاسئلة الدراسة.

5-2-1. أظهرت النتائج أن درجة مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز الوطني للسكري متوسطة بمتوسط حسابي (2.61) وتفاوتت معرفتهم بهذه المبادئ فقد كانت معرفتهم مرتفعة بخصوص المبادئ التالية:

1. وضع آلية للحصول على معلومات عن رصا المستفيدين من خدمات المركز.
2. تركز الإدارة على أهمية التطوير المستمر لكافة خدمات المركز.
3. توفير السرعة والمرونة في الإجراءات الطبية المقدمة للمريض.

ويمكن الإستنتاج أن معرفة العاملين بالمبادئ الخاصة بالتركيز على المستفيدين من الخدمة أكثر من غيرها من مبادئ إدارة الجودة الشاملة. ويرى الباحث أن معرفة العاملين بهذه المبادئ مرتفعة لأن إدارة المركز تحث العاملين على التركيز على تلبية احتياجات المستفيدين وتيسير الإجراءات الطبية

للمستفيدين، كما تقوم بتوزيع استبانة للمرضى لتقيم مستوى خدمات المركز وقياس مدى رضاهم عن الخدمة المقدمة.

- بينما كانت معرفتهم متوسطة بالمبادئ التالية:

1. تقوم إدارة المركز بتوضيح الرسالة والرؤية الخاصة بتحسين جودة خدماتها.
2. توفر الإدارة التنظيم الإداري الفعال لتحقيق أهداف المركز.
3. يهتم العاملون في المركز بجودة الخدمات المقدمة للمراجعين.
4. تحرص إدارة المركز على زيادة درجة وعي العاملين بأهمية عملية تحسين وتطوير الخدمات المقدمة.
5. تعتمد الإدارة سياسة تقديم تقارير دورية وشاملة عن أداء المركز.

ويرى الباحث أن معرفة العاملين بهذه المبادئ متوسطة بسبب ضعف الإتصال والتواصل بين الإدارة و العاملين، أوعدم تحديد ووضوح الرسالة والرؤية أصلا من قبل الإدارة، وعدم وضوح المهام والواجبات الموكولة لهم بسبب عدم الإنتهاء من المسمى والوصف الوظيفي لجميع العاملين. أما بالنسبة لإهتمام العاملين بجودة الخدمات المقدمة للمرجعين وتقديم تقارير دورية وشاملة عن أداء المركز فإن نظام التقيم الدوري للعاملين والمركز غير مفعل بشكل الذي يضمن عملية التحسين المستمر لأداء العاملين بشكل خاص والمركز بشكل عام.

- أما بالنسبة للمبادئ التى تعتبر معرفتهم بها متدنية كالتالي :

1. تضع الإدارة برامج للتعليم والتدريب المستمر للعاملين في المركز لتطوير مهاراتهم الوظيفية
2. تشجع الإدارة العاملين وتحثهم على تحسين الأداء من خلال تقدير أعمالهم وتقديم الحوافز المادية والمعنوية لهم
3. يتم مراجعة وتحسين أساليب العمل بشكل دوري
4. إعتماد معايير الترقية على أساس الإنتاجية والدقة في العمل بجميع النواحي.
5. القضاء على الحواجز بين أقسام العمل المختلفة، وتشكيل فريق عمل لتطوير خدمات المركز.
6. تقوم الإدارة بعقد اجتماعات دورية للوقوف على آراء ومقترحات العاملين في المركز.
7. استخدام الوسائل الإحصائية لتحديد المشكلات ومصادرها وكذلك استخدامها لتحسين الأداء.

ويرى الباحث أن سبب المعرفة المتدنية بهذه المبادئ يرجع لعدم وجود برامج للتدريب والتعليم المستمر للعاملين مما يضعف تطوير مهاراتهم وعدم زيادة كفاءاتهم. كما أن عدم وجود نظام حوافز

مبني على الإنتاجية والجودة في العمل يضعف عملية تحسين أدائهم. ويظهر من النتائج عدم وجود فرق عمل في المركز لمراجعة وتحسين أساليب العمل بشكل دوري. كما أن الإدارة لاتقوم بعقد اجتماعات دورية للوقوف على آراء ومقترحات العاملين في المركز مما يدل على ضعف مشاركة العاملين وتمكينهم في مواقع عملهم. كما أنه لا يتم استخدم الوسائل الإحصائية لتحديد المشكلات ومصادرها وتحسين الأداء مما يؤدي إلى عدم اتخاذ القرارات المبنية على حقائق.

5-2-2. تبين من نتائج دراسة اتجاهات أفراد العينة نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري أن الغالبية العظمى من أفراد العينة يفضلون تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز على مراحل وبشكل تدريجي و تدريب جميع العاملين في المركز على إدارة الجودة الشاملة. كما يفضلون تدريب العاملين عملياً ونظرياً على تطبيق إدارة الجودة الشاملة. كما أن معظم أفراد العينة يفضلون تطبيق إدارة الجودة الشاملة عن طريق التعليمات التي تصدر من الإدارة، وتطبيق إدارة الجودة الشاملة من قبل متخصصين من خارج المركز، واستخدام النشرات التوعوية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمركز.

- وعلى عكس ذلك فإن نسبة كبيرة (83.7%) من أفراد العينة غير موافقين على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز بشكل كامل ودفعة واحدة، ومعظم أفراد العينة تقريباً (91.5%) غير موافقين على الإكتفاء بتدريب رؤساء الأقسام في المركز.
- وأخيراً انقسمت عينة الدراسة الى جزئين بين موافقين بنسبة (40.4%) وغير موافقين بنسبة (43.3%) عند السؤال عن تطبيق إدارة الجودة الشاملة من قبل متخصصين من المركز. ويرى الباحث سبب ذلك يعود إلى عدم وجود متخصصين في إدارة الجودة الشاملة رغم أن أفرد العينة يفضلون تطبيق إدارة الجودة الشاملة من قبل متخصصين من المركز لأنهم أكثر اطلاعاً وعلماً بطبيعة وتفاصيل العمل الخاص في المركز.

ويُمكن للباحث الإسترشاد من نتيجة هذا السؤال على الكيفية والطريقة التى يفضلها العاملون في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز عند الإعداد والتخطيط لها.

5-2-3.أظهرت النتائج أن المعوقات الأساسية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة تتمثل فيمايلي:

1.عدم وجود متخصصين في إدارة الجودة الشاملة.

2. عدم إقامة دورات تدريبية في إدارة الجودة الشاملة .

3.عدم وجود معايير دقيقة لقياس الإنتاجية .

4. لا تتوفر البيانات الإحصائية اللازمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

5. عدم وجود هيكل تنظيمي واضح.

- ويليها من حيث الأهمية معوقات تطبيق إدارة الجودة التالية:

1.عدم وجود توزيع منطقي للمهام .

2. نظرة العاملين الممثلة في أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يهدف إلى التحكم في سلوكياتهم الفردية.

3. عدم وجود التشجيع الكافي من الإدارة العليا لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

4. تؤدي الفروق الوظيفية إلى إختلاف في اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

ومن وجهة نظر الباحث يمكن تحديد أهم المتطلبات اللازمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركزمن خلال تحديد المعوقات الأساسية لإدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري.

- ومن جهة أخرى اعتبرالغالبية العظمى من أفراد العينة أن المعوقات التالية غير موجودة .

1. الإمكانيات المادية المتوفرة حالياً غير كافية لتطبيق الجودة الشاملة .

2. نظرة العاملين للجودة الشاملة على أنها خدمة كمالية ترفيهية.

ويمكن الإستنتاج أن الإمكانات المادية متوفرة بالإضافة لوعي العاملين بأهمية إدارة الجودة الشاملة حيث أنهم يدركون بأنها ليست خدمة كمالية ترفيهية.

4-2-5. أظهرت نتائج مساهمة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في حل المشاكل التنظيمية في المركز الوطني للسكري أن الغالبية العظمى من أفراد العينة يرون أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يسهم في رفغ رضا المراجعين المستفيدين من الخدمات وتحسين الأداء، ورفع معدل رضا العاملين وإلى تعزيز التعاون بين العاملين في الإدارة وتساعد في رفع معدل رضا الجهات الأخرى المتعاملة مع المركز في حال تطبيقها. كما تساهم تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى حسن استخدام الآلات والمعدات.

- وفي الدرجة الثانية فإنها تسهل عملية التخلص من الأخطاء قبل وقوعها ويجعل اتخاذ القرار مستنداً على الحقائق.

ومما سبق يدل على وعي العاملين بأهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة ومساهمتها في حل المشاكل التنظيمية. ويرى الباحث أنه يستطيع الترويج لنظام إدارة الجودة الشاملة من خلال يحققه من فوائد وأهداف عند القيام بتطبيق هذا النظام.

5-2-5. نتائج التحليل الإحصائي لأثر العوامل الديموغرافية على استجابات عينة الدراسة.

كانت نتيجة أثر العوامل الديموغرافية على مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز الوطني للسكري.

1.لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز تعزى للجنس، وهذا يعني عدم وجود تأثير للجنس على مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز.

2.لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز تعزى للعمر، وهذا يعني عدم وجود تأثير للعمر على مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز.

3.توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز تعزى للمستوى التعليمي. وهذا يعني وجود تأثير للمستوى التعليمي على مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز. وكانت الفروق في مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة بين الذين أكملو دراسات عليا وبين حملة الثانوية العامة. ويستنتج الباحث أن هذه الفروقات قد تعود إلى أن المستوى التعليمي قد يؤثر على إدراك العاملين ووعيهم بمبادئ إدارة الجودة الشاملة.

4.توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز تعزى للتخصص. وهذا يعني وجود تأثير للتخصص على مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز. وكانت الفروق في مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة بين الأطباء والصيادلة وبين المحاسبين. ويرى الباحث أن تنوع التخصصات في المركز بين إدارية وفنية قد يؤدي إلى بعض الفروقات في مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة وخاصة إن بعض التخصصات الفنية تتطلب الإلتزام ببعض هذه المبادئ أكثر من غيرها.

5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز تعزى للمستوى الوظيفي وهذا يعني وجود تأثير للمستوى الوظيفي على مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز. وتبين أن الفروق في مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة بين المدراء ورؤساء الأقسام وبين العاملين. ويمكن القول أن ذلك يعود لمشاركة وتمكين المدراء ورؤساء الأقسام في القرارات الإدارية بحكم عملهم.

6.لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز تعزى للعمل السابق في مستشفى أخر، وهذا يعني عدم وجود تأثير للعمل السابق على مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز.

7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز تعزى لسنوات الخبرة في العمل الحالي، وهذا يعني بعدم وجود تأثير لسنوات الخبرة في العمل الحالي على مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز.وهذا يعود لما تم ذكره سابقاً عن حداثة المركز حيث أن سنوات الخبرة للعاملين متقاربة ولا تتجاوز الأربع سنوات.

8.لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز تعزى لسنوات الخبرة في العمل السابق، وهذا يعني عدم وجود تأثير لسنوات الخبرة في العمل السابق على مستوى المعرفة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز.

9. لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للجنس في اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز.

10. لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للعمر في اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز.

11. توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للمستوى التعليمي في تفضيلهم لتطبيق إدارة الجودة الشاملة عن طريق التعليمات التي تصدر من الإدارة.

12. توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للتخصص في تفضيلهم لتطبيق إدارة الجودة الشاملة من قبل متخصصين من المركز. وفي تفضيلهم لتدريب العاملين في المركز نظرياً على تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

13. توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للمستوى الوظيفي في تفضيلهم لتطبيق إدارة الجودة الشاملة عن طريق التعليمات التي تصدر من الإدارة.

14. لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للعمل السابق في مستشفى أخر في اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز .

15. توجد فروقات ذات دلالة إحصائية تعزى لسنوات الخبرة في العمل الحالي لتفضيلهم استخدام النشرات التوعوية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز.

16. توجد فروقات ذات دلالة إحصائية تعزى لسنوات الخبرة في العمل السابق لتفضيلهم تطبيق إدارة الجودة الشاملة من قبل متخصصين من المركز، وتفضيلهم استخدام النشرات التوعوية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز.

17. لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للجنس في معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز

18. توجد فروق ذات دلالة إحصائية المركز تعزى للعمر في نظرة العاملين المتمثلة في أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يهدف الى التحكم في سلوكياتهم الفردية .

19. توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للمستوى التعليمي في إحدى المعوقات وهي عدم وجود توزيع منطقي للمهام.

20. توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للتخصص في احدى معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة وهي عدم وجود توزيع منطقي للمهام.

21. توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للمستوى الوظيفي في إثنتين من معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة. الأولى: عدم وجود التشجيع الكافي من الإدارة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، والثانية: عدم وجود توزيع منطقي للمهام.

22. توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للعمل السابق في مستشفى أخر في نظرة العاملين المتمثلة في أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يهدف الى التحكم في سلوكياتهم الفردية.

23. توجد فروقات ذات دلالة إحصائية تعزى لسنوات الخبرة في العمل الحالي لإحدى معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز تتمثل في عدم وجود هيكل تنظيمي واضح .

24. توجد فروقات ذات دلالة إحصائية تعزى لسنوات الخبرة في العمل السابق في أن الفروق الوظيفية تؤدي الى اختلاف في اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة .

25. لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للعوامل الديموغرافية كالجنس والعمر والمستوى التعليمي والمستوى الوظيفي وسنوات الخبرة الحالية والسابقة في مساهمة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في حل المشاكل التنظيمية في المركز.

26. توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للتخصص في مساهمة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في حسن استخدام الالآت والمعدات في المركز. ومن وجهة نظر الباحث أن ذلك يعود إلى تنوع التخصصات في المركز بين إدارية وفنية.

27. توجد فروق ذات دلالة إحصائية تغزى للعمل السابق في مستشفى أخر في مساهمة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في تعزيز التعاون بين العاملين.

- ويستنتج الباحث أنه يوجد فروقات في استجابات العاملين في المركز تعزى للفروق الديموغرافية بشكل عام، ويمكن التركيز عليها في إعداد البرامج التدريبية الخاصة والتى تتناسب مع العوامل الديموغرافية.

6-2-5. يتضح من النتائج أن عينة الدراسة إقتراحت توفير العديد من المتطلبات وجاءت على الشكل التالى:

1. متطلبات تدريبية وتشمل وضع برامج تدريبية تخصصية تتناسب مع المهام الموكولة لهم في المركز، وبالقدر الذي يلبي إحتياجات كافة العاملين. وكذلك عقد دورات تدريبية بموضوع العلاقات العامة والحاسوب.

2. متطلبات إدارية تنظيمية وتتضمن توزيع وتحديد المهام بشكل واضح، وقياس رضا المستفيدين من الخدمة وكما اقترح العاملون إجراء تقيم دوري لتقيم أدآءهم يعتمد على الإنتاجية وجودة العمل وعقد اجتماعات دورية للعاملين مع الإدارة للوقوف على اقتراحاتهم ومناقشة احتياجاتهم ومشاكلهم وطرق حلها. ومن المتطلبات الإدارية التنظيمية الأخرى تحديد الهيكل التنظيمي وتوضيح تسلسل العمل لكافة الموظفين وتشكيل فرق عمل.

3. متطلبات تحفيزية إجتماعية وتشمل إعطاء العاملين كافة حقوقهم الوظيفية كاملة دون نقصان، واعتماد نظام حوافز مبني على أساس الانتاجية وجودة العمل.

4. متطلبات تقنية كالعمل على حوسبة المركز بالكامل.

ويرى الباحث أن المتطلبات المقترحة من قبل العاملين في المركز (في الجزء المفتوح من الإستبانة) جاءت مكملة وتؤكد نتائج أسئلة الدراسة السابقة.

3-5. اقتراح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري

يرى الباحث إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة قي المركز الوطني للسكري ليس بالأمر الصعب إذا ما توفرت متطلبات إدارة الجودة الشاملة الرئيسية. والهدف الأساسي من تطبيق الجودة الشاملة يكمن في جعل الجودة جزءاً أساسياً من الثقافة التنظيمية للمركز، كما أن تجانس برامج الجودة الشاملة مع طبيعة المركز أمر في غاية الأهمية، وانطلاقاً مما تقدم يمكن القول بأن إدارة الجودة الشاملة تتطلب التزام واضح وقوي من قبل الإدارة العليا. وأيضاً التزام وولاء من قبل كافة العاملين في المركز. كما أن الباحث يرى أنه من الممكن أن يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في حال تطبيق الخطوات التالية:

أولا: إعادة تشكيل ثقافة المؤسسة .

لأن إدخال أي مبدأ جديد يتطلب إعادة تشكيل للثقافة الحالية حيث أن قبول أو رفض أي مبدأ يعتمد على ثقافة ومعتقدات العاملين . فيجب أن تعمل إدارة المركز على إيصال رسالة واضحة لجميع العاملين حول التزامها ودعمها للجودة. ولجعل مفهوم الجودة مفهوم استراتيجي لابد من عمل مايلي:

1. وضع رؤية ورسالة جديدة.
2. وضع أهداف الجودة كجزء من الخطة الاستراتيجية.
3. نشر أهداف الجودة لكل المستويات التنظيمية والفرعية.

ثانياً: الترويج وتسويق البرنامج .

إن نشر مفاهيم ومبادىء إدارة الجودة الشاملة لجميع العاملين في المركز أمر ضروري قبل اتخاذ قرار التطبيق. إن تسويق البرنامج يساعد كثيراً في التقليل من المعارضة للتغيير والتعرف على المخاطر المتوقعة يسبب التطبيق حتى يمكن مراجعتها .

ويتم الترويج للبرنامج عن طريق تنظيم المحاضرات أو المؤتمرات أو الدورات التدريبية للتعريف بمفهوم الجودة الشاملة وفوائدها وأهدافها.

ثالثاً: التعليم والتدريب .

حتى يتم تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة بالشكل الصحيح فإنه يجب تدريب وتعليم المشاركين بأساليب وأدوات هذا المفهوم الجديد حتى يمكن أن يقوم على أساس سليم وصلب وبالتالي يؤدي إلى

النتائج المرغوبة من تطبيقه. حيث أن تطبيق هذا البرنامج بدون وعي أوفهم لمبادئه ومتطلباته قد يؤدي إلى الفشل الذريع. فالوعي الكامل يمكن تحقيقه عن طريق برامج التدريب الفعّالة.

كما أن الهدف من التدريب هو نشر الوعي وتمكين المشاركين من التعرف على أساليب التطوير. وهذا التدريب يجب أن يكون موجهاً لجميع فئات ومستويات الإدارة (الهيئة التنفيذية، المدراء، المشرفين، العاملين) ويجب أن تلبى متطلبات كل فئة حسب التحديات التي يواجهونها. فالتدريب الخاص بالهيئة التنفيذية يجب أن يشمل استراتيجية التطبيق بينما التدريب فرق العمل يجب أن يشمل الطرق والأساليب الفنية لتطوير العمليات.

ويرى الباحث إن التدريب يجب أن يتناول أهمية إدارة الجودة الشاملة وأدواتها وأساليبها والمهارات اللازمة وأساليب حل المشكلات ووضع القرارات ومبادىء القيادة الفعّالة والأدوات الإحصائية وطرق قياس الأداء.

رابعاً: الاستعانة بالاستشاريين .

الهدف من الاستعانة بالخبرات الخارجية من مستشارين ومؤسسات متخصصة عند تطبيق إدارة الجودة الشاملة هو تدعيم خبرة المركز ومساعدته في حل المشاكل التي قد تظهر وخاصة في المراحل الأولى .

خامساً: تشكيل فرق العمل.

يتم تأليف فرق العمل بحيث يضم كل واحدة منها الأقسام المعنية مباشرة أو ممن يؤدون فعلاً العمل المراد تطويره والذي سيتأثر بنتائج التطبيق.

وحيث أن هذا الفرق ستقوم بالتحسين فيجب أن يكونوا من الأشخاص الموثوق بهم، ولديهم الاستعداد للعمل والتطوير وكذا يجب أن يعطوا صلاحية المراجعة وتقييم المهام التي تتضمنها العملية وتقديم المقترحات لتحسينها .

سادساً: التشجيع والحفز.

إن تقدير الأفراد نظير قيامهم بعمل مميز سيؤدي حتماً إلى تشجيعهم، وزرع الثقة، وتدعيم هذا الأداء المرغوب. وهذا التشجيع والتحفيز له دور كبير في تطوير برنامج إدارة الجودة الشاملة في المركز واستمراريته. وحيث أن استمرارية البرنامج في المركز يعتمد اعتماداً كلياً على حماس المشاركين في التحسين ، لذا ينبغي تعزيز هذا الحماس من خلال الحوافز المناسبة وهذا يتفاوت من المكافأة المالية إلى التشجيع المعنوي .

ويرى الباحث أن على المركز تبني برنامج حوافز فعّال ومرن يخلق جو من الثقة والتشجيع والشعور بالانتماء للمركز وبأهمية الدور الموكل إليهم في تطبيق البرنامج.

سابعاً: الإشراف والمتابعة.

من ضروريات تطبيق برنامج الجودة الشاملة الإشراف على فرق العمل بتعديل أي مسار خاطىء ومتابعة إنجازاتهم وتقويمها إذا تطلب الأمر. وكذلك فإن من مستلزمات لجنة الإشراف والمتابعة التنسيق بين مختلف الأفراد والإدارات في المركز وتذليل الصعوبات التي تعترض فرق العمل مع الأخذ في الاعتبار المصلحة العامة.

ولاحقاً لتوقير متطلبات التطبيق يتم وضع استراتيجية للتطبيق وتشمل المراحل التالية:

1.الإعداد: هي مرحلة تبادل المعرفة ونشر الخبرات وتحديد مدى الحاجة للتحسين بإجراء مراجعة شاملة لنتائج التطبيق المراد تحقيقها. ويتم في هذه المرحلة وضع الأهداف المرغوبة.

2. التخطيط: ويتم فيها وضع خطة وكيفية التطبيق وتحديد الموارد اللازمة لخطة التطبيق.

3 .التقييم: وذلك باستخدام الطرق الإحصائية للتطوير المستمر وقياس مستوى الأداء وتحسينه.

4-5. التوصيات

بناءاً على نتائج هذه الدراسة يمكن أن نوصي بمايلي:

1. ضرورة أن تقوم الإدارة العليا بتشجيع تطبيق إدارة الجودة الشاملة بشكل شمولي، بحيث يتم التركيز على جميع عناصر المفهوم بكافة جوانبه الإدارية، والعلمية، والفنية، والإجتماعية داخل المركز.

2. أن تقوم إدارة المركز الوطني للسكري بتطبيق إدارة الجودة الشاملة على مراحل وبشكل تدريجي وأن يتم تدريب جميع العاملين في المركز الوطني للسكري عملياً ونظرياً على إدارة الجودة الشاملة.

3. ضرورة الإهتمام بنشر ثقافة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز الوطني للسكري عن طريق التعليمات التى تصدر من الإدارة والمحاضرات والنشرات التوعوية التى توضح كيفية تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

4. يفضل أن يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة من قبل متخصصين من المركز الوطني للسكري كما يمكن الاستعانة بمتخصصين في الجودة من خارج المركز.

5. التركيز على تحقيق رضاء المستفيدين من الخدمة من خلال :

(1). إجراء إستطلاعات للمسفيدين من الخدمة بشكل دوري لتعرف على إحتياجاتهم ورغباتهم والتغيرات في تلك الاحتياجات .

(2). متابعة شكاوي المستفيدين من الخدمة و تقديم الحلول المناسبة.

6. التركيز على جوانب تدريبية خاصة تتناسب والخصائص الديموغرافية للعاملين.

7. العمل على إيجاد فرق عمل من مختلف الإدارات والأقسام تتفاعل مع بعضها البعض وتتبادل الخبرات. وتسعى فرق العمل إلى دراسة العمليات وتحسينها ودراسة مشاكل العمل واقتراح الحلول.

8. عقد اجتماعات دورية تراجع ما تم إنجازه وإذا ما تم إنجازه وفق الخطط والأهداف الموضوعة، ويرى الباحث أن مثل هذه الإجتماعات تعد بمثابة المتابعة المتمثلة في تصحيح المسار.

9. التركيز على تحسين العمليات بكافة أبعادها من خلال إيجاد الطرق التى تساعد في تخفيف الإجراءات الروتينية وتبسيطها، وتقليل كل من خطوات العمل ووقت تتقديم الخدمة واتخاذ الإجراءات الوقائية والتصحيح الفوري للأخطاء، لما في ذلك من أهمية في المحافظة على المستفيدين الحاليين وجذب آخريين جدد.

10. وضع آلية موحدة لإجراءات العمل وتعريف المستفيد بهذه الإجراءات وتبسيطها، وأن تكون هذه الإجراءات قابلة للتطوير والتحديث وموكبة لكل ماهو جديد.

11. تبني سياسة واحدة وعادلة لتقييم أداء العاملين، للوقوف على مستوى جودة أدائهم وتحسينه بإستمرار.

12. تفعيل دورالعاملين في إتخاذ القرارات المتعلقة بطرق أدائهم لأعمالهم و منحهم الصلاحيات الكافية لتلبية رغبات المستخدمين أثناء تقديم الخدمة.

13. وضع نظام حوافز مبني على أساس الإنتاجية وجودة العمل المنجز، وهذا النظام يعمل على زيادة الإنتاجية وتحسين الأداء.

14. ضرورة مكافاءة العاملين المبدعين معنوياً من خلال الإعلان عن إنجازاتهم، ومنحهم شهادات تقدير لتميزهم.

15.إعداد البرامج التدريبية التي تعمل على رفع كفاءة أداء العاملين بكافة مستوياتهم، بالإضافة لتدريبهم على كافة المهارات التي تتطلبها الخدمات بحيث يستطيع العامل المشاركة في الفرق المختلفة والتأقلم مع الاجراءات المختلفة لأداء العمل، وهذا بالتالي يحقق المررونة في الخدمات المقدمة.

16.إستخدام الوسائل الإحصائية لتقيم أداء المركز ووضع معايير واضحة ومفهومة وموضوعية وذلك لدور الذي تلعبه هذه الأساليب في الكشف عن الإنحرافات ومعرفة كيفية معالجتها. ومثال ذلك وضع معايير لفترة الإنتظار وجودة الخدمة المقدمة للمستفيد يساعد في معرفة الأسباب التى أدت إلى التأخير في تقديم الخدمة و التدني في مستواها.

17.العمل على تحديث الهيكل التنظيمي في المركز ووضع تعليمات النظام الداخلي وتحديد المهام والواجبات من خلال الوصف والمسمى الوظيفي والتسلسل الإداري لكل العاملين.

18. ضرورة أن يتوفر في المركز نظام معلومات ليكون المرجع الأساسي في تطوير عمل المركز وفي عملية إتخاذ القرارات وحل المشاكل.

المراجع باللغة العربية :

أسعد، نديم أكرم (2006)، **ثقافة الجودة الشاملة : مدخل لنظام جودة بمضامين محلية** ، إربد: نديم أكرم أسعد.

الحاضر، ابراهيم بن سعد (2000)، **مدى فعالية برامج الجودة الشاملة في مستشفى قوى الأمن بالرياض :آراء وتوجيهات الهيئة الطبية والإدارية بالمستشفى**، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية.

الدرادكة، مأمون والشبلي، طارق والحياصات، خالد وصبري، عزام ويوسف، توفيق (2001)، **إدارة الجودة الشاملة** ،(ط1)، عمان : دار الصفاء للنشر والتوزيع.

السلطي، مأمون وإلياس، سهيلا (1999)، **دليل عملي لتطبيق أنظمة إدارة الجودة الشاملة**، دمشق: دار الفكر .

الصرن، رعد حسن (2001)، **معجزة الجودة الشاملة : كيف تتعلم أسرار الجودة الشاملة** ،(ط1)، دمشق : دار علاء الدين للنشر والتوزيع.

الصيرفي، محمد (2006)، **إدارة الجودة الشاملة**،(ط1)، الإسكندرية : مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.

القحطاني، سالم بن سعيد (1993)، **إدارة الجودة الكلية وإمكانية تطبيقها في القطاع الحكومي**، مجلة التنمية الإدارية، العدد (78).

القحطاني ، سالم والعامري، احمد وآل مذهب، معدي والعمر، بدران (2000) ، **منهج البحث العلمي في العلوم السلوكية: مع تطبيقات على ال spss** ، الرياض :المطابع الوطنية الحديثة.

العميرة، محمد عبد العزيز (2003) ، **علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي من وجهة نظر العاملين في مركز الامير سلطان لمعالجة امراض وجراحة القلب**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، الرياض.

المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة (2008)، الكتاب السنوي، عمان ، الأردن.

بن سعيد، خالد بن سعد (1994)، **مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية** ، المجلة العربية للعلوم الإدارية ، العدد الأول.

بن سعيد، خالد بن سعد عبدالعزيز (1997)، **إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي**، الرياض: العبيكان للطباعة والنشر.

بسترفيلد، ديل وبسترفيلد، كارول وبسترفيلد، جلين وبسترفيلد، ماري(2004)،**إدارة الجودة الشاملة**، ترجمة راشد بن محمد الحمالي، الرياض : النشر العلمي والمطابع.

توفيق، عبد الرحمن (2003)،**الجودة الشاملة :الدليل المتكامل للمفاهيم والأدوات**، القاهرة: بميك.

جابلونسكي، جوزيف (1996)،**إدارة الجودة الشاملة** ، ترجمة :عبد الفتاح السيد النعماني ، الجزء الثاني ، مصر: بيمك.

حمودة، خضير كاظم (2002)، **إدارة الجودة وخدمة العملاء**، عمان : دار الميسرة للنشر والتوزيع.

عبوي، زيد منير(2006)، **إدارة الجودة الشاملة**، عمان: دار كنوز المعرفة.

مركز الملك عبدالله الثاني للتميز (2008)، دليل الجائزة، عمان، الأردن.

عبيدات ، ذوقان وعدس، عبد الرحمن وعبد الحق ، محايد (1997)، **البحث العلمي : مفهومه وأدواته وأساليبه،** الرياض: دار أسامة للنشر والتوزيع.

كروسبي، فيليب (2006)، **الجودة بلا معاناه،** ترجمة محسن إبراهيم الدسوقي ، الرياض: إدارة الترجمة بمركز البحوث.

كوش، هيو (2002)، **إدارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها،** ترجمة طلال بن عابد الأحمدي، الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.

ماضي، محمد توفيق (2005)، **تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية :في مجال الصحة والتعليم،**القاهرة : المنظمة العربية للتنمية الإدارية.

ماهوني، فرانسيس وثور، كارل جي (2000)، **ثلاثية إدارة الجودة الشاملة: سلسلة الآيزو9000 وجائزة ديمنج اليابانية و معايير بالدريدج الأمريكية،** ترجمة عبد الحكم أحمد الخزامى، القاهرة: دار الفجرللنشر والتوزيع.

مصطفى ، أحمد سيد (2005)، **إدارة الجودة الشاملة و الأيزو9000،** القاهرة :المؤلف.

نياز، عبد العزيز بن حبيب الله (2004) ، **جودة الرعاية الصحية : الأسس النظرية والتطبيق العملي،** الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.

زين الدين، فريد (1996)، المنهج العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة فى المؤسسات العربية، القاهرة: دار الفكر العربى.

المراجع باللغة الإنجليزية :

Arasli, H and Ahmadeva, L. (2004), No more tears: A local TQM formula for health promotion. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, 17(3), 135-145.

Besterfield, D. Besterfield, C. Besterfield, G. and Besterfield, M. (2003), **Total Quality Management**, third edition, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Blakemore, John (1989), **The Quality Solution**, New South Wales, Australia: Masc Pty Ltd, Inc.

Bou-Llusar, J. Escrig-Tena, A. Roca-Pluig, V. and Beltran-Martin, I. (2008), An empirical assessment of the EFQM Excellence Model: Evaluation as a TQM framework relative to the MBNQA Model. **Journal of operations management**, 27(1), 1-22.

Brocka, B. and Brocka, M. (1992), **Quality Management: Implementing the Best Ideas of the Masters,** Homewood, Illinois: Business- One Irwin.

Burns, James M. (1978), **Leadership**, New York: Harper& Row.

Carman, J. Shortell, S. O'Connor, E. O'Brien, J. Hughes, E. Foster, R. and Boerstler, H. (1996), Key for successful implementation of total quality management in hospitals. **Health Care Manage Review**, 21(1), 48-60.

Carr, D and Littman, I. (1990), **Excellence in Government: Total Quality Management in the 1990s,** New York: Coopers and Lybrand.

Ciccone, K. and Lord, J. (1989), **IQA-2: Continuous Performance Improvement Through Integrated Quality Assessment**, Chicago, Illinois: American Hospital Publishing, Inc.

Cohen, S. and Brand, R. (1993), **Total Quality Management in Government: A Practical Guide for the Real World**, San Francisco: Jossey-bass Publishers.

Cole, R. (1995), **The Death and Life of the American Quality Movement**, New York: Oxford University Press.

Cortada, J. (1995), **TQM for Information Systems Management**, New York: McGraw-Hill Book Company.

Cortada, J. and Wood, J. (1995**), McGraw-Hill Encyclopedia of Quality Terms and Concepts**, New York: McGraw-Hill Book Company.

Crosby, P. (1979), **Quality is Free: The Art of Making Quality Certain**, New York: McGraw-Hill Book Company.

Crosby, P. (1982), **Quality is Free**, New York: The New American Library Inc.,

Crosby, P. (1995), **Quality without Tears**, New York: McGraw-Hill Inc.

Dahlgaard, J. Kristensen, K. and Kanji, G. (2007), **Fundamentals of Total Quality Management**, London: Taylor & Francis.

Dean, J. and Bowen, D. (1994), Management Theory and Total Quality: Improving Research and Practice through Theory Management. **Academy of Management Review**, 19(3), 392-418.

Deming, W. E. (1982), **Quality, Productivity and Competitive Position**, Cambridge, Massachusetts: MIT Center for Advanced Engineering Study.

Deming, W. E. (1986), **Out of Crisis**, Cambridge, Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.

Donabedian, A. (1988), The Quality of Care: How Can It Be Assessed. **The Journal of the American Medical Association,** 260(12), 1743-1748.

Duggirala, M. Rajendran, C. and Anantharaman, R. (2008), Patient-perceived dimentions of total quality service in healthcare. **Benchmarking: An International Journal**, 15(5), 560-583.

Duggirala, M., Rajendran, C. and Anantharaman, R. (2008), Provider-perceived dimentions of total quality management in healthcare**. Benchmarking: An International Journal**, 15(6), 693-722.

Edgeman , Rick L. Dahlgaard, Su Mi Park. Dahlgaard, Jens J. and Scherer, Franz (1999), On Leaders and Leadership, **Quality progress,** October, 49-54

Gardner, Robert (2001), what do customers value. **Quality Progress**, 34(11):41-48.

Gemmel, Paul and Bourgonjon, Filip (1999), Divergent perceptions of TQM implementation in hospitals , **The Proceedings of the Fifth International Conference of the Decision Science Institute,** Athens,Greece,pp.686-688.

Gilmour, Peter and Hunt, Robert (1995), **Total Quality Management: Integrating Quality into Design**, Operations and Strategy, Melbourne, Australia: Longman Australia Pty Ltd.

Glassop, Linda (1995), **The Road to Quality**, Sydney: Prentice Hall Australia Pty Ltd.

Goetsch, D. and Davis, S. (2006), **Quality management: Introduction to total quality management for production, processing, and services**, fifth edition, Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Hoffherr, G. Moran, J. And Nadler, G. (1994), **Breakthrough Thinking in Total Quality Management**, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Ishikawa, K. (1985), **what is Total Quality Control?—The Japanese Way**, Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Jablonski, J. (1991), **Implementing Total Quality Management: An Overview**, San Diego, California: Pfeiffer & Company.

Jackson, Sue (2001), Successfully implementing total quality management tools within healthcare: what are the key action. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, 14(4), 157-163.

Johnson, Kristen (2001), Philip B. Crosby's mark on quality. **Quality Progress**, 34(10): 25-31.

Juran, Joseph M. (1988), **Juran's Quality Control Handbook,** fourth edition, New York: McGraw-Hill.

Juran, Joseph M. (1989), **Juran on Leadership for Quality: An Executive Handbook,** New York: The Free Press.

Juran, Joseph M. (1993), **Quality Planning and Analysis, Third Edition**, New York: Mc Graw-Hill.

Juran, Joseph M. (1992), **Juran on Quality By Design: The New Steps for Planning Quality Into Goods and Services**, New York: The Free Press.

Kaluzny, A. McLaughlin C. and Simpson, K. (1992), Applying Total Quality Management Concepts to Public Health Organizations, **Journal of the U.S. Public Health Service**, May-June, 257-264.

Kozak, M. Asunakutlu, T. and Safran, B. (2007), TQM implementation at public hospitals: a study in Turkey. **International journal of productivity and quality management**, 2(2), 193-207.

Madu, C. and Kuei, C. (1993), Introducing Strategic Quality Management. **International Journal of Strategic Management**, 26 (6), 121-131.

Macdonald, John (1995), Quality improvement in the NHS. **Managing Service Quality**, 5(3), 20-30

Manjunath, U. Metri, B. and Ramachandran, S.(2007), Quality management in a healthcare organization: a case of South India hospital. **The TQM Magazine,** 19(2), 129-139.

Mears, Peter (1995), **Quality Improvement Tools and Techniques**, New York: McGraw-Hill, Inc.

Oakland, J. (1989), **Total Quality Management**, Oxford: Heinemann Professional Publishing, Ltd.

Omachonu, V. (1991), **Total Quality and Productivity Management in Health Care Organizations**, Norcross, Georgia: Institute of lndustrial Engineers.

Orvetveit J. (2000), Total quality management in European health care. **International Journal for Health Care Quality Assurance,** 13(2), 74-79.

Pongpirul, K., Sriratanaban, J., Asavaroengchal, S., Thammatach, J. & Laoitthi, P. (2006), Comparison of health care professionals‘and surveyors‘ opinions on problems and obstacles in implementing quality management system in Thailand: a national survey. **International journal for quality in health care**, 18(5), 346-351.

Rad, A. (2006), The impact of organizational culture on the successful implementation of total quality management. **The TQM Magazine**, 18(6), 606-625.

Richard, S. and Raymond, J.(1995), A Total Quality Management – Based Incentive System Supporting Total Quality Management Implementation, **Production and Operations Management**, Summer, 4(3),228-241.

Rilay, James (1993), Just exactly what is total quality management. **Personnel journal**, 72(2) 28-35.

Sashkin, M. and Kiser, K. (1993), **Putting Total Quality Management to Work**, San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, Inc.

Sekaran, U. (2003), **Research Methods For Business: A Skill Building approach**, Fourth edition, USA: John Wiley &Sons, Inc.

Shortell, S. O'connor, E. Boerstler, H. Hughes, E. Fosters, R. Carmen, J. and O'Brien, J. (1995), Assessing the impact of continuous Quality Improvement / Total Quality Management: Concept Versus Implementation, **Health Services Research,** Jun, 30(2):377–401.

Scholtes, Peter (1992), The Team Handbook, Madison, I: Joiner Associates.

Stebbing, Lionel (1993), Quality Assurance: The Route to Efficiency and Competitiveness, third edition, West Sussex, England: Elli Horwood Limited.

Summers, Donna C. (2000), **Quality**, second edition, New Jersey: Prentice Hall.

Tenner, A. and DeToro, I. (1992), **Total Quality Management: Three Steps to Continuous Improvement**, Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company, Inc.

The U.S. Federal Quality Institute (1991), **Introduction to Total Quality Management in the Federal Government**, Washington, D.C.: The U.S. Government Printing Office.

Tunks, R. (1992), **Fast Track to Quality**, New York: McGraw-Hill Book Company.

Wakhlu, Baharat (1994), **Total quality, excellence through organization wide Transformation**, first edition, New Delhi : wheeler publishing.

Withanachchi, N. Handa,Y. Karandagoda, K. Pathirage, P. Tennakoon, N. and Pullaperuma , D. (2007), TQM emphasizing 5-S principle: A breakthrough for chronic managerial constraints at public hospitals in developing countries. **International Journal of Public Sector Management**, 20(3), 168-177.

Wolensky, kenneth(1993),Enhancing Labor's Commitment to Total Quality Management: A Review of Literature, **Annual meeting at the American Association for adult continuing eduction**,Dallas,TX,Novomber,1993,1-12.

Yasin, M. and Alavi, J. (1999), An analytical approach to determining the competitive advantage of TQM in health care. **International Journal for Health Care Quality Assurance**, 12(1), 18-24.

بسم الله الرحمن الرحيم

عزيزنا ....

تحية طيبة وبعد ..

يُجري الباحث دراسة علمية بعنوان (مدى إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة) وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الجودة.

يرجى التكرم بالإجابة على أسئلة الاستبانه وذلك من خلال وضع إشارة (/) في مكان الإجابة التي ترونها مناسبة.

مع العلم أن البيانات التي يتم الحصول عليها من هذه الاستبانة ستستخدم فقط لأغراض البحث العلمي ، وستعامل بمنتهى السرية.

شاكراً لكم حسن تعاونكم ....

الباحثة

الاستبيان موجه إلى العاملين في المركز الوطني للسكري

أولاً : البيانات الشخصية

1- الجنس

☐ ذكر ☐ أنثى

2- العمر

☐ 24-20 ☐ 29-25 ☐ 34-30 ☐ 39-35 ☐ 40 فأكثر

3- المؤهل العلمي

☐ توجيهي ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس ☐ دراسات عليا

4- التخصص

☐ طبيب ☐ صيدلي ☐ فني مختبر ☐ ممرض ☐ محاسب

☐ إداري ☐ كاتب ☐ أخرى (...............)

5- المستوى الوظيفي

☐ مدير ☐ رئيس قسم ☐ موظف

6- هل سبق لك العمل في مستشفى آخر قبل عملك في المركز:

☐ نعم ☐ لا

7- عدد سنوات الخبرة في العمل الحالي :

☐ أقل من سنة ☐ سنة - سنتين ☐ 3 سنوات - 4 سنوات

8- عدد سنوات الخبرة في العمل السابق :

☐ سنة – 4 سنوات ☐ 5 سنوات – 9 سنوات ☐ 10 سنوات

ثانياً : مستوى المعرفة بمفاهيم إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في المركز الوطني للسكري .

حدد فيما يلي مدى معرفتك بمبادئ إدارة الجودة المدونة أدناه ، وذلك بوضع علامة (/) في الحقل الذي يناسب رأيك:

متسلسل	المبـادئ	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق إطلاقاً
1	تقوم إدارة المركز بتوضيح الرسالة والرؤية الخاصة بتحسين جودة خدماتها .					
2	توفر الإدارة التنظيم الإداري الفعال لتحقيق أهداف المركز					
3	يهتم العاملون في المركز بجودة الخدمات المقدمة للمراجعين.					
4	تضع الإدارة برامج للتعليم والتدريب المستمر للعاملين بالمركز لتطوير مهاراتهم الوظيفية.					
5	تشجع الإدارة العاملين وتحثهم على تحسين الأداء من خلال تقدير أعمالهم وتقديم الحوافز المادية والمعنوية لهم					
6	يتم مراجعة وتحسين أساليب العمل بشكل دوري.					
7	تحرص إدارة المركز على زيادة درجة وعي الموظفين بأهمية عملية تحسين وتطوير الخدمات المقدمة .					
8	إعتماد معايير الترقية على أساس الإنتاجية والدقة في العمل بجميع النواحي.					
9	القضاء على الحواجز بين أقسام العمل المختلفة، وتشكيل فريق عمل لتطوير خدمات المركز.					
10	تقوم الإدارة بعقد اجتماعات دورية للوقوف على آراء ومقترحات العاملين في المركز.					
11	تعتمد الإدارة سياسة تقديم تقارير دورية وشاملة عن أداء المركز .					
12	استخدام الوسائل الإحصائية لتحديد المشكلات ومصادرها وكذلك استخدامها لتحسين الأداء.					
13	وضع آلية للحصول على معلومات عن رضا المستفيدين من خدمات المركز .					
14	تركز الإدارة على أهمية التطوير المستمر لكافة خدمات المركز للحصول على رضا طالبي الخدمة.					
15	توفير السرعة والمرونة في الإجراءات الطبية المقدمة للمريض.					

ثالثاً : التعرف على الاتجاه نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين .

حدد فيما يلي وجهة نظرك نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري وذلك بوضع علامة (/) في الحقل الذي يناسب رأيك:

متسلسل	الخطـوات	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق إطلاقاً
16	يفضل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز على مراحل وبشكل تدريجي .					
17	يفضل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز بشكل كامل ودفعه واحدة.					
18	يفضل تطبيق إدارة الجودة الشاملة من قبل متخصصين من المركز .					
19	يفضل تطبيق إدارة الجودة الشاملة من قبل متخصصين من خارج المركز.					
20	يفضل الاكتفاء بتدريب رؤساء الأقسام في المركز على إدارة الجودة الشاملة.					
21	يفضل تدريب جميع العاملين في المركز على إدارة الجودة الشاملة .					
22	يفضل استخدام النشرات التوعوية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز.					
23	يفضل تطبيق إدارة الجودة الشاملة عن طريق التعليمات التي تصدر من الإدارة .					
24	يفضل تدريب العاملين في المركز نظرياً على تطبيق إدارة الجودة الشاملة .					
25	يفضل تدريب العاملين في المركز عملياً على تطبيق إدارة الجودة الشاملة .					

رابعاً : التعرف على معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الوطني للسكري.

الرجاء بوضع علامة (/) في الحقل الذي يناسب رأيك:

متسلسل	المعوقات	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقاً
26	عدم وجود معايير دقيقة لقياس الإنتاجية.					
27	لا تتوفر البيانات الإحصائية اللازمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة .					
28	الإمكانيات المادية المتوفرة حالياً غير كافية لتطبيق الجودة الشاملة.					
29	عدم وجود متخصصين في إدارة الجودة الشاملة.					
30	عدم إقامة دورات تدريبية في إدارة الجودة الشاملة.					
31	نظرة العاملين الممثلة في أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يهدف إلى التحكم في سلوكياتهم الفردية .					
32	عدم وجود التشجيع الكافي من الإدارة العليا لتطبيق إدارة الجودة الشاملة .					
33	نظرة العاملين للجودة الشاملة على أنها خدمة كمالية ترفيهية.					
34	عدم وجود توزيع منطقي للمهام.					
35	عدم وجود هيكل تنظيمي واضح.					
36	تؤدي الفروق الوظيفية إلى إختلاف في اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة.					

خامساً : مدى مساهمه تطبيق إدارة الجودة الشاملة في حل المشكلات التنظيمية بالمركز .

الرجاء بوضع علامة (/) في الحقل الذي يناسب رأيك :

متسلسل	الخطـــوات	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقاً
37	يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى تحسين الأداء.					
38	يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى حسن استخدام الآلات والمعدات.					
39	يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى تعزيز التعاون بين العاملين في الإدارة.					
40	يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى رفع معدل رضا العاملين.					
41	إدارة الجودة الشاملة سوف تساعد في رفع معدل رضا الجهات الأخرى المتعاملة مع المركز في حال تطبيقها.					
42	يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى ارتفاع رضا الراجعين المستفيدين من الخدمات.					
43	تطبيق إدارة الجودة الشاملة يسهل عملية التخلص من الأخطاء قبل وقوعها.					
44	تطبيق إدارة الجودة الشاملة يجعل اتخاذ القرار مستنداً على الحقائق.					

سادساً : المقترحات :

45. ما هي اقتراحاتكم في التطوير والتحسين وتقديم الخدمة للمستفيدين ؟

....

....

....

46. ما هي اقتراحاتكم لتطوير إجراءات العمل ؟

....

....

....

47. ما هي اقتراحاتكم لتطوير مهارات العاملين ؟

....

....

....

48.ما هي اقتراحاتكم لتطوير أنظمة العمل في المركز ؟

....

....

....

المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة
National Center for Diabetes, Endocrinology and Genetics

الاخوة مراجعي المركز الوطني للسكري و الغدد الصم و الوراثة:

تحية طيبة و بعد ،،،

لقد اسس المركز الوطني للسكري و الغدد الصم و الوراثة لخدمة المجتمع الاردني و خاصة مرضى السكري. وللوصول بهذا المركز الى المستوى المأمول ارتأينا ان نستعين بآرائكم وملاحظاتكم القيمة راجين منكم الدقة والموضوعيه في إجاباتكم على هذا الإستبيان آخذين بعين الاعتبار ان هدف المركز هو: "تقديم الخدمة الطبيه المميزة والسريعة مع الحرص على مشاركة كافة المرضى والمراجعين في عملية التطوير المستمر وإثراء هذه التجربة".

<u>لذا نرجو منكم الاجابة على الاسئلة التالية:</u>

1. **المهنة:**
   1. موظف 2. طالب 3. متقاعد 4. ربة بيت 5. غير ذلك/حدد:
2. **الجنس:** 1. ذكر 2. انثى
3. **العمر بالسنوات:** ...... سنة.
4. **عدد سنوات الدراسه التي أكملت:** .... سنة.
5. **هل لديك تامين صحي:** 1. نعم 2. لا
6. **من يتحمل تكاليف علاجك في المركز:** 1. على حسابك الخاص 2. وزارة الصحة 3. الجامعات الاردنية 4. مؤسسات اخرى 5. غير ذلك/حدد:
7. **العيادة التي تتعالج فيها حاليا:**
8. **هل هذه الزيارة للمركز هي:** 1. الأولى2. مراجعة

---

9. **ما مدى رضاك عما يلي:**

	الخدمة	راضٍ جدا	لا بأس	غير راضٍ
1-9	توفر الأدوية			
2-9	معاملة الأطباء			
3-9	معاملة التمريض			
4-9	معاملة المحاسبين			
5-9	معاملة الاستقبال			
6-9	معاملة الصيدلية			
7-9	معاملة المختبر			
8-9	نظافة المركز			
9-9	اللوحات الارشادية			
10-9	موقف السيارات			
11-9	نوعية الخدمات الطبية			

في اليوم المخصص لموعدك ، حضرت الى العيادة

1. في الموعد المحدد في بطاقة حجز المواعيد
2. قبل الموعد المحدد في بطاقة حجز المواعيد
3. بعد الموعد المحدد في بطاقة حجز المواعيد

10. ما هو الوقت الذي قضيته في المركز منذ دخولك و حتى مغادرتك: .... دقيقة.

11. هل سبق ان تعرضت لمشكلة داخل المركز اضطرتك الى مراجعة إدارة المركز:

1. نعم 2. لا

13. اذا كان جواب سؤال 12 "نعم" فهل قامت الإدارة بحل مشكلتك بشكل مرضٍ:

1. نعم 2. لا

14. بالمقارنة مع الجهات التي سبق ان تلقيت الخدمة الطبية فيها, هل المركز الوطني للسكري:

1. أفضل 2. أسوأ 3. لا فرق

15. ما رأيك بتكاليف العلاج في المركز الوطني للسكري:

1. مرتفعة 2. مقبولة 3. منخفضة

16. ما هو تقييمك للمركز بشكل عام:

1. ممتاز 2. جيد 3. مقبول 4. سيء 5. سيء جدا

17. هل لديك اية مقترحات لتحسين الخدمة في المركز:

1. تقليل فترة الانتظار داخل المركز
2. تقصير الفترة اللازمة للحصول على موعد لمراجعة الطبيب في المركز
3. تحسين معاملة المراجعين من قبل العاملين في المركز
4. غير ذلك/حدد:

شاكرين لكم تعاونكم معنا

The applicability of Total Quality Management System in the National Center for Diabetes Endocrinology and Genetics: A case study

By
Areej Faisal AL-Shriedeh

Supervisor
Dr. Suleiman Khaled Obaidat,Prof.

ABSTRACT

The study aimed to determine The applicability of Total Quality Management (TQM) in the National Center for Diabetes, Endocrinology and Genetics through: First, to identify of the knowledge level of the TQM principles and attitudes towards the implementation of TQM. Second, to reveal the implementation obstacles to of TQM in the center. Third, The extent to which its implementation contributed in solving organizational problems. Fourth, the impact of demographic characteristics on the response of the members of the study sample. Fifth, to study the proposals and the solutions that addresses the problems of the implementation of TQM and its constraints in the National Center for Diabetes.

The descriptive analytical approach was used in this study, through a comprehensive survey of the studied population via means of a questioner designed for the collection of data. The collected data were analyzed using a series of statistical methods in the statistical package (SPSS), such as: Chi-square test, ANOVA test, Frequency Distribution, Arithmetic Mean and Standard Deviation.

The most important results concluded by this study were that the knowledge

level of TQM principles was moderate for the employees in the diabetes center, and most of the respondents prefer the implementation of TQM in a phased and gradual manner while having theoretical and practical training. Also the study reports the most important obstacles of implementation. Moreover, most of the study population felt that the implementation of TQM will contribute to the solution of managerial problems and participated with many of the proposals such as the demands of different types of training and other organizational and administrative requirements.

The main recommendations of this study were the necessity to focus on particular aspects of training commensurate with the demographic characteristics of study population, and to develop a clear plan for the implementation of the TQM concept after addressing the constraints of implementation. Finally, Investigating and analyzing the results of this research will lead to a successful step toward implementing the TQM.